

TARTU ÜLIKOOL

Sporditeaduste ja füsioteraapia instituut

Eeva-Liisa Sibul

**Kroonilise prostatiidi/kroonilise vaagna valu sündroomiga patsientide
kaebuste ning diagnoosiga seostatud biopsühhosotsiaalsete tegurite hindamine**

**Assessment of CP/CPPS patients` complaints and diagnosis related biopsychosocial
factors**

Magistritöö

Füsioteraapia õppekava

Juhendajad:

Meestearst, androloogia dotsent M. Punab

Prof. biol. kn. V. Ööpik

Autori allkiri

Tartu, 2017

SISUKORD

KASUTATUD LÜHENDID	4
TÖÖ LÜHIÜLEVAADE.....	5
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	9
1.1 Valu, krooniline vaagnavalu, krooniline prostatiit/kroonilise vaagnavalu sündroom	9
1.2 Biopsühhosotsiaalne mudel, rist-sensitisatsioon, tsentraalne sensitisatsioon.....	10
1.3 UPOINT, DABBEK, National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index	11
1.4 Kroonilise vaagnavaluga meeste seksuaalsed düsfunktsioonid.....	12
1.5 Depressioon, ärevus ja katastrofiseerimine	13
1.6 CP/CPPS patsientide lihasskeletisüsteem	14
1.7 Kokkuvõtteks.....	15
1.8 CP/CPPS patsiendi “profiil”	16
2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED	17
3. METOODIKA.....	18
3.1 Uuritavad	18
3.3 Uurimismeetodid.....	19
3.3.1. Valukaebuste lokaliseerimise väljaselgitamine.....	19
3.3.2 Uuritavate kaebuste registreerimine valu intensiivsuse, urineerimishäirete, seksuaalhäirete, defekatsioonihäirete ja külmakartlikkuse osas.....	20
3.3.3 Psühhomotsionaalsete probleemide soodumuse registreerimine	21
3.3.4 Käitumuslike strateegiate hindamine.....	21
3.3.5 Katastrofiseerimise esinemissageduse hindamine.....	22
3.3.6 Lihasskeletisüsteemi seisundi hindamine	22
3.4 Andmete statistiline analüüs	25
4. TULEMUSED.....	26

4.1 Valukaebuste lokalisatsioon	26
4.2 Uuritavate kaebused vaagnavalu intensiivsusele, urineerimishäiretele, seksuaalhäiretele, defekatsioonihäiretele ja külmakartlikkusele.....	26
4.3 Psühhoemotsionaalsed probleemid	28
4.4 Käitumuslikud strateegiad ja nende seos kaebuste kestusega	29
4.5 Katastrofiseerimine	30
4.6 Lihasskeletisüsteemi seisund	30
5. ARUTELU	33
5.2 Uuritavate kaebused vaagnavalu intensiivsusele, urineerimishäiretele, seksuaalhäiretele, defekatsioonihäiretele ja külmakartlikkusele.....	34
5.3 Psühhoemotsionaalsed probleemid	37
5.4 Käitumuslikud strateegiad ja nende seos kaebuste kestusega	38
5.5 Katastrofiseerimine	38
5.6 Lihasskeletisüsteem	39
5.8 Töö piirangud ja tugevused	41
6. JÄRELDUSED.....	42
KASUTATUD KIRJANDUS	43
LISAD	50
Lisa 1. Valukaart	50
Lisa 2. Emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2.....	51
Lisa 3. Valu katastrofiseerimise väited inglisekeelsete vastetega	52

KASUTATUD LÜHENDID

CPP- krooniline vaagna valu (*chronic pelvic pain*)

CPPS- kroonilise vaagna valu sündroom (*chronic pelvic pain syndrome*)

CP/CPPS- krooniline prostatiit/kroonilise vaagna valu sündroom (*chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome*)

ED- erektiilne düsfunktsioon

EEK-2- emotsionaalse enesetunde küsimustik

NIH- Ameerika Rahvuslik Terviseinstituut (National Institutes of Health)

NIH-CPSI- National Institutes of Health *chronic prostatitis symptom index*

NRS- numbriline hindamisskaala (*numerical rating scale*)

SI- sakroiliakaal

TS- tsentraalne sensitisatsioon

TÖÖ LÜHIÜLEVAADE

Eesmärk: selgitada välja CP/CPPS patsientide kaebused, diagnoosiga seostatavate psühhoemotsionaalsete, kognitiiv-afektiivsete ja käitumuslike tegurite esinemine ning nende omavahelised seosed, samuti kõrvalekalded lihasskeletisüsteemi seisundis.

Metoodika: Uuringus osales 19 kroonilise abakteriaalse mittepõletikulise prostatiidi diagnoosiga uuritavat, keskmise vanusega $45,8 \pm 12,8$ aastat, kelle kaebused olid kestnud 4 kuud-9 aastat. Valukaebuste lokalisatsioon selgitati välja kasutades valukaarti, vaagna valu intensiivsus selgitati välja kasutades numbrilist hindamisskaalat, uuritavate kaebused urineerimis-, seksuaal- ja defekatsioonihäiretele ja külmakartlikkusele dokumenteeriti kliinilise intervjuu käigus. Psühhoemotsionaalsete probleemide soodumus selgitati välja EEK-2 küsimustikuga, käitumuslike strateegiate adaptiivsusele anti hinnang *Chronic Pain Coping Inventory* alaskaalade jaotusest lähtuvalt, katastrofiseerivate mõtete esinemissagedus selgitati välja *Pain Catastrophizing Scale* väidetega. Kõrvalekaldeid lihasskeletisüsteemis hinnati füsioterapeutiliste testidega.

Tulemused: CP/CPPS patsientidel esines vaagna valu munandites ja/või peenises, alakõhus ja perineumis. Sagedasti esines valu kiirgumist, kroonilist alaseljavaalu ning muid kroonilisi valusid. Hinnangud vaagna valule selle erinevates faasides erinesid üksteisest olulisel määral. Urineerimishäiretest kaebasid patsiendid irritatiivseid ja obstruktiivseid nähte; seksuaalhäiretest ejakulatsiooniga seotud valu, erektsioonihäiret, libiido langust ja enneaegset seemnepurset; defekatsioonihäiretest kõhukinnisust ja- lahtisust; külmakartlikkus esines pooltel patsientidel. Esines soodumust asteniaale, unehäiretele, generaliseerunud ärevushäirele, depressioonile. Soodumus emotsionaalsele häirele oli seotud urineerimishäiretega, aga mitte CP/CPPS kestusega. Patsiendid kasutasid adaptiivseid käitumuslikke valuga hakkamasaamise strateegiaid, strateegiate maladaptiivsus oli seotud kaebuse kestusega. Rohkem katastrofiseerivate patsientide vaagna valu intensiivsus ei erinenud vähem katastrofiseerivate patsientide omast. Patsientide lihasskeletisüsteemis esines füsioterapeutilisel testimisel kõrvalekaldeid ning nende alajäsemete lihasvastupidavus oli vähene.

Kokkuvõte: CP/CPPS patsientidel esines erineva intensiivsusega vaagna valu ja erinevate kehapiirkondade valu, urineerimis-, seksuaal- ja defekatsioonihäireid, külmakartlikkust, psühhoemotsionaalseid probleeme, millel leiti seos urineerimishäiretega, katastrofiseerivaid mõtteid, pikemalt kaebuste all kannatanud patsientidel esines rohkem maladaptiivseid valuga hakkamasaamise strateegiaid. Lihasskeletisüsteemis esines kõrvalekaldeid, alajäsemete lihasvastupidavus oli vähene.

Märksõnad: krooniline prostatiit/kroonilise vaagna valu sündroom, krooniline valu, biopsühhosotsiaalsed tegurid

Abstract

Aim: to assess CP/CPPS patients` complaints, associated emotional, cognitive and behavioral factors and their relationships as well as abnormalities in musculoskeletal system.

Methods: Nineteen patients with chronic nonbacterial prostatitis (noninflammatory type) with mean age of $45,8 \pm 12,8$ participated in this study. Their complaints had persisted from 4 months to 9 years. Location of pain was assessed using body map, the intensity of pelvic pain was assessed using numerical rating scale, complaints for urinary, sexual and defecation difficulties, as well as for cold sensitivity were documented during clinical interview. The inclination for psycho-emotional problems was assessed using EST-Q 2 inventory, the adaptiveness of patients` behavioral pain coping strategies was assessed using subscales of *Chronic Pain Coping Inventory*, tendency to catastrophize was assessed using statements of *Pain Catastrophizing Scale*. Abnormalities of the musculoskeletal system were assessed using orthopedic physical therapy tests.

Results: The patients complained of testicular and/or penile, lower abdominal and perineal pain. Pain radiation, chronic low back pain and other chronic pain complaints were often reported. The ratings of intensity of pelvic pain in different phases were all significantly different. The patients complained of irritative and obstructive urinary symptoms, ejaculation-related pain, erectile difficulties, loss of libiido and premature ejaculation, constipation and diarrhea; half of the patients reporter cold sensitivity. The inclination for fatigue, sleep disorders, generalised anxiety disorder and depression were identified. Inclination for psycho-emotional problems was associated with urinary complaints and not with duration of CP/CPPS. Patients mainly used adaptive behavioral pain coping strategies, their maladaptiveness was associated with the duration of CP/CPPS. The intensity of pelvic pain was not significantly different among patients who catastrophized more and who catastrophized less. Musculoskeletal abnormalities were present and the endurance of patients` lower extremities was low.

Conclusions: CP/CPPS patients present with pelvic pain of different intensity and pain in different locations, urinary, sexual and defecation difficulties, cold sensitivity, psycho-emotional problems that are associated with urinary complaints, catastrophizing thoughts, patients with longer duration of CP/CPPS use more maladaptive pain coping strategies. Abnormalities in musculoskeletal system are present, endurance of lower extremities is low.

Keywords: chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, chronic pain, biopsychosocial factors

1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1 Valu, krooniline vaagnavalu, krooniline prostatiit/kroonilise vaagnavalu sündroom

Rahvusvaheline Valu Uurimise Assotsiatsioon defineerib valu kui ebameeldivat sensoorset ja emotsionaalset kogemust, mis seostub tegeliku või võimaliku koekahjustusega või mida kirjeldatakse samasuguste mõistetega (Merskey et al., 1994). Euroopa Uroloogia Assotsiatsiooni kroonilise vaagnavalu ravijuhistes defineeritakse kroonilist vaagnavalu (CPP- *chronic pelvic pain*) nii meeste kui naiste poolt vaagnaga seotud struktuurides tajutava valuna, rõhutades samuti valu afektiivset komponenti: CPP on patsiendi jaoks sageli seotud negatiivsete kognitiivsete, käitumuslike, seksuaalsete ja emotsionaalsete tagajärgedega (Engeler et al., 2014). Krooniline prostatiit/kroonilise vaagnavalu sündroom (CP/CPPS- *chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome*) on uroloogiline haigusseisund, mis on kestnud vähemalt kolm kuud viimase kuue kuu vältel, selle põhiliseks kaebuseks on krooniline valu vaagna-, lahkliha või genitaalide piirkonnas ning võimalikud kaasuvad urineerimishäired ja/või seksuaalsed düsfunktsioonid (Magistro et al., 2016). Ameerika Rahvuslik Terviseinstituut (NIH- National Institutes of Health) klassifitseerib CP/CPPS kahte alatüüpi: põletikuline vorm (NIH-IIIA, mille puhul esinevad leukotsüüdid eesnäärme sekreedis) ning mittepõletikuline vorm (NIH-IIIB, mille puhul puuduvad põletikunäitajad eesnäärme sekreedis) (Krieger et al., 1999).

CP/CPPS on meestel sageli esinev kaebus, mille levimust hinnatakse 7-16%-ni ning see on kõige sagedasem uroloogiline diagnoos alla 50-aastaste meeste hulgas (Chen et al., 2014; Tripp et al., 2006). CP/CPPS põhjustab patsiendile olulist elukvaliteedi langust, mis on võrreldav teiste tõsiste krooniliste haiguste nagu kongestiivse südamepuudulikkuse, aktiivse Crohni tõve ja diabeedi puhuse elukvaliteedi langusega (Tripp et al., 2006). CP/CPPS puhul puudub sageli selgelt eristuv haiguse põhjus ning NIH-IIIB korral puudub ka põletik eesnäärmes, millega patsiendi kaebusi seletada saaks. Leitud on, et patsiendi haigussümptomaatika ja eesnäärme põletikuseisundit peegeldavate analüüsitulemuste vahel puudub korrelatsioon (Schaeffer et al., 2002). CP/CPPS etioloogia on raskesti kindlaks tehtav ning ravi sageli vähe tulemusi andev (Cornel et al., 2005). CP/CPPS patsiendid moodustavad heterogeense grupi ning tõenäoliselt mängivad kaebuste tekkes rolli mitmed erinevad faktorid (Kwon & Chang, 2013). CP/CPPS puhul peetakse biomeditsiinilist hindamis- ja ravimudelit suboptimaalseks (Tripp et al., 2006), sest see ei võta arvesse kõiki faktoreid, mis kaebuse kujunemist ja püsimist mõjutavad. Sündroomi ravis ei peeta ühtki monoterapiat piisavalt efektiivseks, ravi peab olema

interdistsiplinaarne ning ravistrateegiate valikul tuleb arvestada iga patsiendi individuaalseid karakteristikuid (Magistro et al., 2016).

1.2 Biopsühhosotsiaalne mudel, rist-sensitisatsioon, tsentraalne sensitisatsioon

Kroonilise valu kompleksse iseloomu ning tsentraalse komponendi olemasolu tõttu tuleb valusündroomi käsitlemisel lähtuda biopsühhosotsiaalsest hindamis- ning ravimudelist, mis eristab valusündroomi kujunemises valu põhjustavaid faktoreid (koekahjustus), riskifaktoreid (geneetika, varasemad kogemused, stress, isiksuseomadused, sotsiaalsed faktorid, haigused) ning valu jätkumist soodustavaid faktoreid (depressioon, katastrofiseerimine) (Baranowski, 2012). Kroonilise vaagna valu puhul mõjutavad üksteist vastastikku mitmed tegurid: vaagnapõhjalihaste toonus, negatiivsed emotsioonid, valulävi ning närvisüsteemist tulenevad faktorid. Kroonilisest lihasingest võivad lihastesse koguneda metaboliidid, väheneb lihasesisene verevarustus, vabanevad erinevad põletikumediaatorid. Koostoimes närvisüsteemiga kujuneb välja allodüünia ning hüperalgeesia, mida patsient ise võib pidada otseselt koekahjustusest tulenevaks sümptomaatikaks. Valutunne võimendub ärevuse, katastrofiseerimise ja liigutushirmuga, mille taga on soov end võimalikust kahjustusest hoida. Seoses sellega tõuseb lihasinge eesmärgiga piirkonda kaitsta (Glazer ja Gilbert, 2012).

Üheks kroonilise vaagna valu väljakujunemisega seostatud nähtuseks peetakse rist-sensitisatsiooni (*cross-sensitization*), mis leiab aset vaagnaelundite ühiste närviühenduste kaudu prespinaalsel, spinaalsel või supraspinaalsel tasemel. Arvatakse, et rist-sensitisatsiooni puhul liiguvad kahjulikud mõjurid (*noxious stimuli*) haigusest haaratud elundist tervele, põhjustades selles neurotransmitterite ning –peptiidide vabanemist, neurogeenset põletikku ning seeläbi funktsioonihäiret. Närvisüsteemi kõrgemate keskuste kaudu toimuva rist-sensitisatsiooni puhul mängivad olulist rolli kroonilise valu taustal välja kujunenud stress ja ärevus (Engeler et al., 2014; Malykhina, 2007; Origoni et al., 2014; Pezzone et al., 2005).

Tsentraalne sensitisatsioon (TS) on nähtus, millel on mitmeid definitsioone. Tegemist on närvisignaali võimendumisega kesknärvisüsteemis, mistõttu suureneb valutundlikkus (Woolf, 2011). TS-i on seostatud mitmete kliiniliste diagnoosidega, nagu krooniline alaseljavalu, fibromüalgia, ärritatud soole sündroom, krooniline väsimussündroom (Nijs et al., 2010). Rodriguez ja kaasautorid (2009) leidsid märkimisväärse kattuvuse raskesti seletatavate uroloogiliste ja mitteuroloogiliste haigusseisundite vahel (CP/CPPS, krooniline vaagna valu, interstitsiaalne tsüstiit, valuliku põie sündroom, vulvodüünia, ärritatud soole sündroom, fibromüalgia, temporomandibulaarhäired, krooniline väsimussündroom). Nimetatud kroonilisi

valusündroomide on nimetatud ka TS sündroomideks (*central sensitization syndromes*) (Yunus, 2007; Kindler et al., 2011). Lisaks suurenenud valutunnetusele mehaanilise surve puhul, iseloomustab TS-i suurenenud tundlikkus mitmesugustele stiimulitele- eredale valgusele, mürale, pestitsiididele, ravimitele, külmale ja kuumale (Nijs et al., 2010). CP/CPPS patsiendid kurdavad enamasti sümptomaatika ägenemist seoses külmaga ning tajuvad leevenemist soojaga. Patsiendid väldivad tavaliselt paljajalu käimist, külmal objektil istumist, niisket ja tuulist keskkonda. Üheks võimalikuks seletuseks CP/CPPS meeste külmakartlikkusele peetakse külmastiimulist tekkivat reflektorset vasokonstriksiooni eelnevalt sensitiseerunud organismis (Hedelin & Jonsson, 2007). Samad autorid on leidnud, et CP/CPPS valukaebus on külmal aastaajal kolm korda intensiivsem kui soojal aastaajal (Hedelin et al., 2012). Korkmaz kaasautoritega (2015) leidsid CP/CPPS patsientide *n. dorsalis penise* elektrilise stimuleerimise teel, et nende valutundlikkus ning perifeersetele impulssidele vastuvõtlikkus on võrreldes terve kontrollgrupiga suurenenud, mida võib pidada TS ilminguks.

1.3 UPOINT, DABBE, National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index

Shoskes kaasautoritega (2009) on jaganud CP/CPPS sümptomaatika kuude alagruppi, mis on tuntud kui UPOINT: urineerimishäired, psühhosotsiaalsed probleemid (depressioon, katastrofiseerimine), eesnäärmespetsiifilised probleemid, infektsioon, neuroloogilised/süsteemsed valusündroomid (vaagnapiirkonnast kaugemal esinev valu, fibromüalgia, ärritatud soole sündroom jne), lihasvalulikkus (alakõhu ning vaagnapõhjelihaste triggerpunktid). Uurides 90 CP/CPPS meest leidsid autorid, et mida kauem oli kestnud CP/CPPS, seda rohkem erinevatesse alagruppidesse kuuluvat sümptomaatikat patsientidel esines. Autorid soovisid kroonilise prostatiidiga patsientide puhul kasutada sellist kliinilist fenotüpiseerimist eesmärgiga tuvastada vaagnavalu etioloogia ning sobiv teraapia. Allsop et al. (2011) on UPOINT kategoriseerimist kritiseerinud väites, et süsteem ei võimalda CP/CPPS kaebuste kujunemise mehhanisme tuvastada. Autorid esitasid endapoolse kategoriseerimissüsteemi (autorite nimede esitähete järgi DABBE), milles on olulisteks etappideks psühholoogiliste komorbiidsuste avastamine, sümptomite raskusastme tuvastamine, lokaalse ja süsteemse haigussümptomaatika algupära tuvastamine, organismi allostaatilist koormust peegeldavate biomarkerite analüüsimine hüpotalamo-hüpopüsaar-adrenokortikaaltelje funktsiooni hindamiseks. Lokaalsete ja süsteemsete kaebuste kujunemise mehhanismi all peavad autorid silmas võimaliku TS identifitseerimist.

Kroonilise prostatiidi sümptomite rahvusvaheliselt kõige kasutatavam hindamisinstrument on National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). NIH-CPSI koguskoor summeerub valu, kusehäirete ja elukvaliteedi alaskooride põhjal (Propert et al., 2006). NIH-CPSI on kasutusel kroonilise prostatiidiga patsientide sümptomite raskusastme ja terapeutilise sekkumise edukuse hindamisel (Chen et al., 2014). Ravi tulemuslikkuse hindamisel peetakse oluliseks vähemalt 6-punktilist NIH-CPSI skoori vähenemist (Propert et al., 2006).

1.4 Kroonilise vaagnavaluga meeste seksuaalsed düsfunktsioonid

Meeste seksuaalseteks düsfunktsioonideks on hüpoaktiivne seksuaaliha, erektiilne düsfunktsioon (ED), ejakulatsioonihäired nagu enneaegne seemnepurse ja ejakulatsioonijärgne valu ning orgasmihäired (Juan et al., 2011).

Lee et al. (2008) küsitlusuuringu põhjal kinnitasid seksuaalse düsfunktsiooni esinemist (erektiioonihäiret ja/või ejakulatsioonihäireid) 296 küsitatud CP/CPPS patsiendist 214 (72,3%).

Kõige enam on uuritud ED esinemist CPPS meespatsientidel. Olenevalt hindamisinstrumendist ja uuritavast populatsioonist esineb seda 15,1-48,3% kroonilise vaagnavaluga meestel. ED esinemine on tugevalt seotud ka uuritava mehe vanusega, vanematel meestel esineb ED rohkem (Juan et al., 2011). Gonen et al.(2005), teostasid uuringu, mille raames hindasid kroonilise vaagnavalu, enneaegse seemnepurske ja ED-ga meeste (n=10) peenise veresoonte seisundit Doppler-uuringuga, leidmata ühelgi juhul vaskulaarset patoloogiat. Uurijad seostasid ED väljakujunemist CPPS meestel peamiselt psühhogeensete põhjustega.

Enneaegne seemnepurse on teiseks sagedaseks kroonilise vaagnavaluga seostatavaks seksuaalhäireks, mida esineb 26,2-77,3% CPPS patsientidel. Enneaegseks seemnepurskeks loetakse Society for Sexual Medicine definitsiooni järgi ejakulatsiooni, mis toimub alati või peaaegu alati ühe minuti jooksul vaginaalse penetratsiooni algusest ning võimetust ejakulatsiooni edasi lükata kõigi või peaaegu kõigi vaginaalsete vahekordade puhul (Juan et al., 2011).

Ejakulatoorseid häireid esines Lee et al. (2008) küsitlusuuringus 33,4% uuritavatel. Shoskes et al. (2004) leidsid statistiliselt olulise erinevuse ejakulatsiooniaegse valuga ja ilma valuta meeste NIH-CPSI üldskoorides ning vaimse tervise kvaliteedi näitajates- mõlemal juhul oli ejakulatsiooniaegse valuga meeste haigussümptomaatika tõsisem.

Mehik et al. (2001) küsitlusuuringust Põhja-Soome prostatiidiga meeste hulgas (n=1832) leidub infot hüpoaktiivse seksuaaliha levimusest. Alanenud libiidot esines 24,1%-l küsitletutest.

CP/CPPS puhuseid seksuaalseid düsfunktsioone seletatakse peamiselt vaagnapõhjalihaste ületoonusega, mille tõestuseks tuuakse välja vaagnapõhjalihastele suunatud sekkumise positiivset mõju seksuaalelule (Anderson et al., 2006; Cohen et al., 2016; Juan et al., 2011)

1.5 Depressioon, ärevus ja katastrofiseerimine

Eelnevalt käsitletud seksuaalhäired on tihedalt seotud CP/CPPS patsientide vaimse tervisega. Euroopa Uroloogia Assotsiatsiooni kroonilise vaagna valu ravijuhend peab oluliseks adresseerida patsiendi võimalikke negatiivseid emotsionaalseid ja käitumuslikke valuga seotud tegureid nagu depressioon, ärevus, hirm valu ja selle põhjuste ees ning ebaadaptiivsed valuga hakkamasaamise strateegiad, sest need mõjutavad otseselt patsiendi valutunnetust ja elukvaliteeti. Üheks silmapaistvaks kaebusi mõjutavaks teguriks peetakse katastrofiseerimist (Engeler et al., 2014). Katastrofiseerimiseks peetakse võimendatud negatiivset kognitiiv-afektiivset reaktsiooni tegelikule või kardetud valukogemusele (Quartana et al., 2009; Sullivan et al., 2001). Valu katastrofiseerimise nähtus on uuringute järgi seotud nii valu tugevuse, valuga seotud aktiivsuse languse, töövõimetuse, depressiooni, sotsiaalse tugivõrgustiku puudumisega ja rõhutatud haiguskäitumisega (Quartana et al., 2009). Ka Riegeli ja kaasautorite (2014) CP/CPPS patsientide psühholoogilisi faktoreid, sotsiaalseid aspekte ja psühhiaatrilisi komorbiidsusi käsitlevas ülevaateartiklis on välja toodud, et katastrofiseerimine on seotud sümptomaatika tõsisema raskusastmega.

Tripp ja kaasautorid (2006) analüüsisid CP/CPPS diagnoosiga meeste haigussümptomaatika seotust kognitiiv-käitumuslike ning keskkonnaga seotud faktoritega ning identifitseerisid valu süvendavate faktoritena katastrofiseerimise ja valust tingitud inaktiivsuse (*pain contingent rest*). Seejuures oli inaktiivsus tugevamaks töövõimetuse väljakujunemise ennustajaks kui katastrofiseerimine. Patsiendid, kes tajusid suuremat kontrolli oma valu üle ning kes raporteerisid suuremat sotsiaalset toetust, tundsid vähem valu, (töö)võimetust (*disability*), depressiooni ning katastrofiseerisid vähem. Samuti esines neil vähem urineerimishäireid. Autorid seletavad, et kroonilise valu puhul on valukogemuses vähene roll notsitseptsioonil ning märksa olulisem roll sellel, kuidas inimene valule reageerib. Valust tingitud inaktiivsuse korral näiteks piirab inimene oma kehalist aktiivsust valu tõttu ning järkjärgult vähendab seeläbi oma kehalist võimekust (Tripp et al., 2006).

Clemens et al. (2008) on võrrelnud CP/CPPS meeste ning interstitsiaalse tsüstiidiga naiste ning haigusseisundita kontrollgrupi meeste ja naiste vaimsete häirete esinemissagedust ning leidnud, et CP/CPPS ja interstitsiaalse tsüstiidiga gruppides on depressiooni ning paanikahäire esinemine oluliselt sagedasem kui kontrollgrupis. Haigusseisundiga uuritavatel esines enam depressiivsuse ja ärevuse sümptomaatikat vaatamata sagedasemale nimetatud häirete puhul kasutatavate ravimite tarvitamise, mistõttu autorid peavad tõenäoliseks, et vaimsed häired võivad olla uroloogilise valusündroomiga patsientidel raskemini ravitavad. Uurijad toonitavad CP/CPPS ja interstitsiaalse tsüstiidiga patsientide multidistsiplinaarse käsitlemise ja rutiinse psühholoogiliste häirete hindamise olulisust (Clemens et al., 2008).

Anderson ja kaasautorid (2008) on hommikuse sülje kortisoolisisalduse mõõtmise ja psühhomeetriliste küsimustikega teinud kindlaks, et võrreldes tervete meeste kontrollgrupiga esineb CP/CPPS diagnoosiga meestel hüpotalamo-hüpofüsaar-adrenokortikaaltelje düsregulatsiooni ja organismi kroonilist stressiseisundit peegeldavaid mõõtmistulemusi, mis võivad olla ebaadekvaatse immuunreaktsiooni ja kroonilise põletiku põhjuseks. Samuti esineb CP/CPPS meestel oluliselt rohkem subjektiivselt tajutud stressi, depressiooni ja ärevusega seotud tundeid, somatisatsiooni, obsessiiv-kompulsiivset käitumist ning teisi psühholoogilisi sümptomeid.

1.6 CP/CPPS patsientide lihasskeletisüsteem

Kroonilise vaagnavaluga patsientide vaagnaga seotud ja vaagnaga mitteseotud struktuuride valulikkuse registreerimine on oluline, et identifitseerida võimalikud probleemsed piirkonnad, mis mängivad kaasa tsentraalse ülitundlikkuse tekkes. Düsfunksioon ühes kehapiirkonnas võib põhjustada kineetilises ahelas omavahel seotud struktuuride ülekoormamist, mis omakorda võib kaasa tuua seljaaju tagasarve neuronite sensitiseerumise (Tu et al., 2008).

CP/CPPS patsientide füsioterapeutiliseks hindamiseks juhised puuduvad. Erinevad autorid on uuringutes kasutanud erinevaid teste ja hindamismeetodeid. Paljudes uuringutes on leidnud kinnitust vaagnapiirkonna valu seos vaagnapõhjalihaste valulikkuse ja ületoonusega (Anderson et al., 2009; Hetrick et al., 2003; Shoskes et al., 2008; Zermann et al., 1999; Van Alstyne et al., 2010; Weiss, 2001). Berger ja kaasautorid (2007) ja Davis ja kaasautorid (2011) on aga leidnud, et kroonilise vaagnavaluga meestel esineb suurenenud valulikkust nii vaagnapiirkonnas kui ka teistes kehapiirkondades, mis viitab tsentraalsele komponendile valu tajumisel. Kutch et al.

(2015) on tuvastanud funktsionaalse magnetresonantsuuringuga, et CP/CPPS patsientidel esineb võrreldes valukaebuseta meestega rahuolekuaegseid muutusi vaagnapõhjalihastega seotud suuraju struktuuride omavahelistes ühendustes, mis uurijate hinnangul võib peegeldada CP/CPPS patsientide vaagnapõhjalihasste motoorset häiret aju tasandil. Varasemalt on Farmer et al. (2011) funktsionaalse magnetresonantsuuringuga leidnud CP/CPPS diagnoosiga meeste vaagnavaluga seotud ajupiirkondade spontaanset aktiveerumist välise ärritaja juuresolekuta ning sarnaselt teistele kroonilistele valusündroomidele muutusi aju hall- ja valgeaines.

Kroonilise vaagnavaluga patsientide lihasskeletisüsteemi hindamiseks on uuringutes kasutatud ning soovitatud kasutada erinevaid füsioterapeutilisi teste. Neid võib jagada:

1. Lülisamba ja alajäsemete liigesliikuvuse/lihaspikkuse hindamine: modifitseeritud Schroeberi test, Thomas test, sirge jala tõste hamstringlihaste suhtelise pikkuse hindamiseks (Hetrick et al., 2003; Tu et al., 2008; Van Alstyne et al., 2010)
2. Vaagnavöötme valu provokatsioonitestid- tagumine vaagnavalu provokatsioonitest (*posterior pelvic pain provocation test*), Faberi test, Gaensleni test (Hetrick et al., 2003; Mieritz et al., 2016; Potts & O'Dougherty, 2000; Van Alstyne et al., 2010)
3. Vaagnapõhjalihasste väline, vaginaalne ja/või rektaalne palpatsioon (Hetrick et al., 2003; Tu et al., 2008; Van Alstyne et al., 2010)
4. Funktsionaalsed testid- istumast püstitõusu test, funktsionaalne kükk, hingamismustri hindamine (Ketels et al., 2015; Van Alstyne et al., 2010)

1.7 Kokkuvõtteks

Kokkuvõtvalt lähtub teaduskirjandusest, et CP/CPPS etioloogia on raskesti kindlaks tehtav ning tõenäoliselt võib sellel erinevate indiviidide puhul olla erinev põhjus. Samuti on erinev seisundi kliiniline avaldumine. Haigusseisund langetab oluliselt selle all kannataja eluvaliteeti. CP/CPPS meestel on leitud mitmeid neurofüsioloogilisi, psühholoogilisi, kognitiiv-afektiivseid, käitumuslikke ja lihasskeletisüsteemiga seostatavaid tegureid, mis haigusseisundi kujunemist, kogemist ja jätkumist mõjutavad. Multidistsiplinaarset biopsühhosotsiaalsest ravimudelist lähtuvat patsiendikäsitlust peetakse efektiivseimaks CP/CPPS patsiendiga tegelemisel.

1.8 CP/CPPS patsiendi “profiil”

Baranowski ja kolleegid (2013) kirjeldavad CPP patsientidele välja töötatud interdistsiplinaarset biopsühhosotsiaalset raviprogrammi tutvustades „tüüpilist” CP/CPPS patsienti: hilistes 40-ndates mees, kelle valukaebus on kestnud umbes kümme aastat. Valu algus pole enamasti seostatav ühegi haigusseisundiga, patsienti on põhjalikult uuritud ning valu põhjust pole tuvastatud. Ehkki patsient tarbib valuvaigisteid, esineb tal pidevalt valu, mis ägeneb stressirikkamatel perioodidel või suurema kehalise aktiivsuse korral. CP/CPPS mees tunneb isolatsiooni, frustratsiooni ja meeleolulangust sümptomaatika ägenemise perioodidel, tema võimekus tööl on vähenenud, ta on sotsiaalselt ning seksuaalselt vähem aktiivne. Säärase patsiendiga peab tegelema interdistsiplinaarne ravimeeskond ning ravi põhieesmärgiks on suurendada patsiendi võimekust hakkama saada oma haigussümptomaatikaga. Füsioterapeudi ülesanneteks CP/CPPS patsientidega tegeledes on patsiendile kroonilise valu mehhanismide ja vaagnapiirkonna anatoomia selgitamine ja talle sobiva kehalise koormuse valimine, venitusharjutuste õpetamine, sobilike käitumuslike eesmärkide püstitamine ning nende saavutamisele kaasa aitamine (Baranowski et al., 2013). Säärane patsiendikäsitlus on osutunud efektiivseks näiteks mittespetsiifilise kroonilise alaseljavaluga patsientide ravis ja elukvaliteedi parandamises ning seda on nimetatud kognitiiv-funktsionaalseks teraapiaks (Fersum et al., 2013).

Eelneva põhjal huvitab käesoleva töö autorit, millised on CP/CPPS patsientide kaebused, milliseid psühhoemotsionaalseid probleeme CP/CPPS patsientidel esineb, millised on patsientide valuga seotud käitumuslikud strateegiad, kognitiivsed faktorid ja kuidas on need seotud kaebustega. Samuti, milliseid kõrvalekaldeid esineb CP/CPPS patsientide lihasskeletisüsteemis. Kas patsiente eelmainitud tegurite suhtes hinnates joonistub välja “tüüpiline” CP/CPPS patsiendi “profiil”?

2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli välja selgitada CP/CPPS patsientide kaebused, diagnoosiga seostatavate psühhoemotsionaalsete, kognitiiv-afektiivsete ja käitumuslike tegurite esinemine ning nende omavahelised seosed, samuti kõrvalekalded lihasskeletisüsteemi seisundis.

Töö eesmärgi saavutamiseks püstitati järgmised ülesanded:

1. Selgitada välja valukaebuste lokalisatsioon.
2. Tuvastada uuritavate kaebused vaagnavalu intensiivsuse, samuti urineerimis-, seksuaal- ja defekatsioonihäirete ning külmakartlikkuse esinemise osas. Leida erinevusi valu intensiivsuses külmakartlikkust raporteerinud ja mitte raporteerinud uuritavatel.
3. Selgitada välja psühhoemotsionaalsete probleemide soodumuse esinemissagedus uuritavatel ning soodumuse seosed uuritavate kaebustega ning haigusseisundi kestusega.
4. Tuvastada uuritavate käitumuslike strateegiate adaptiivsus ja käitumuslike strateegiate seos kaebuste kestusega.
5. Teha kindlaks katastrofiseerimist väljendavate mõtete esinemissagedus uuritavatel ja selle seos valu intensiivsusega.
6. Selgitada välja kõrvalekalded uuritavate lihasskeletisüsteemi seisundis.

3. METOODIKA

3.1 Uuritavad

Uuringu valimi moodustasid meespatsiendid, kes olid TÜ androloogiakeskusest saanud kroonilise prostatiidi diagnoosi (diagnoosi kood N41.1) ning suunatud androloogi poolt käesoleva uurimistöö autori vastuvõtule füsioterapeutiliseks hindamiseks ja raviks. Kroonilise prostatiidi diagnoosikriteeriumideks on viimase poole aasta jooksul vähemalt kolm kuud kestnud valu vaagna-, lahkliha või genitaalide piirkonnas, millega võivad kaasneda urineerimishäired ja/või seksuaalsed düsfunktsioonid. Uuringusse valiti patsiendid, kellel esines krooniline abakteriaalne mittepõletikuline prostatiit ehk NIH-IIIb prostatiidi vorm. Kroonilise abakteriaalse mittepõletikulise prostatiidi puhul puuduvad eesnäärme sekreedis leukotsüüdid. Uuringusse kavandataval patsiendil võis olla kunagi esinenud prostatiidi põletikulisi vorme, ent uuringusse sisse arvamiseks pidid patsiendi viimased analüüsitulemused olema põletiku markeriteta. Uuringusse kavandataval patsiendil võis olla mitte kunagi esinenud prostatiidi põletikulisi vorme. Uuringusse sisse arvamiseks loeti androloogi poolt patsientide kohta tehtud sissekandeid ning analüüsitulemusi elektroonilises haigusloos. Kõik uuritavad kõnelesid eesti keelt.

Uuringu väljaarvamiskriteeriumideks olid CP/CPPS põletikulised vormid, kaasa arvatud NIH-IIIa vorm ning kroonilise vaagnavalu vormid, mis viitasid kubeme eesmise perifeersete närvide (*n. ilioinguinalis*, *n. genitofemoralis*) või *n. pudenduse* valusündroomidele, vasektoomiajärgsele valusündroomile, funktsionaalsetest gastrointestinaalsetest häiretest tingitud kõhupiirkonna valusündroomidele, kõhulihaste ülekoormusvigastusele töö või sporditegevuse käigus või teistele meeste kroonilise vaagnavalu sündroomidele, mida kirjeldatakse Euroopa Uroloogia Assotsiatsiooni kroonilise vaagnavalu ravijuhendis (Engeler et al., 2014).

Uuritavad (n=19) olid vanuses 21-68 eluaastat (keskmine vanus $45,8 \pm 12,8$ aastat) ja nende kaebused olid kestnud 4 kuud- 9 aastat. Tabelis 1. on uuritavad grupeeritud kaebuse kestuse alusel.

Tabel 1. Uuritavate jaotus kaebuste kestuse alusel.

Kaebuse kestus aastates	Uuritavate arv n (%)	Keskmine vanus aastates, \pm standardhälve
< 1	3 (15,8%)	44,7 \pm 5,5
1-4	11 (57,9%)	42,9 \pm 14,5
> 5	5 (26,3%)	53 \pm 10,6

3.2 Uuringu korraldus

Uuring viidi läbi TÜK Spordimediitsiini ja Taastusravi Kliiniku ambulatoorse taastusravi osakonnas aprillist 2016. a kuni märtsini 2017. a uuritavate individuaalse füsioteraapiateenuse raames. Loa uuringu teostamiseks andis Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee (luba 255T 4, koosolek 18.01.2016). Kõik uuritavad allkirjastasid informeeritud nõusoleku lehe nõustudes sellega, et nende hindamisel dokumenteeritud tulemusi kasutatakse anonüümselt käesolevas uuringus. Uuritavate hindamine uurimistöö raames kestis kaks korda 45 minutit. Esimesel korral küsitleti uuritavaid kliinilise intervjuu vormis, täideti valukaart ning küsimustikud, teisel korral toimus lihasskeletisüsteemi hindamine füsioterapeutiliste testide vormis.

3.3 Uurimismeetodid

3.3.1. Valukaebuste lokalisatsiooni väljaselgitamine

Uuritavate valukaebuste lokalisatsiooni välja selgitamiseks kasutati paberil visuaalset kujutist inimkehast ehk valukaarti (*body map*). Uuritavatel paluti punase pliiatsiga märkida kõik probleemsed piirkonnad kehas- nii käesolevat diagnoosi puudutavad valukaebused kui ka muud kroonilised kaebused. Valukaardil märgitud valupiirkonnad dokumenteeriti kehapiirkondade kaupa: alakõht, perineum, peenis ja/või munandid, alaselg. Kui uuritav kujutas valukaardil valu kiirgumist (käesoleva valimi puhul kaebas 8 uuritavat valu kiirgumist vaagnapiirkonnast reite esi- või tagaküljele, üks alakõhust kere külgmisesse ossa), dokumenteeriti see kiirguva valuna. Samuti dokumenteeriti muud kroonilised valukaebused. Valukaarti on vaagnavalu sündroomidega patsientide uurimisel soovitanud kasutada Hanno et al. (2011) ning Ketels et al. (2015).

3.3.2 Uuritavate kaebuste registreerimine valu intensiivsuse, urineerimishäirete, seksuaalhäirete, defekatsioonihäirete ja külmakartlikkuse osas

Vaagnavalukaebuse intensiivsust hinnati numbrilise hindamisskaalaga NRS (*numerical rating scale*). NRS on 11-punktiline skaala, mille puhul juhendatakse uuritavat oma valu intensiivsust hindama: 0= „valu ei ole”, 10= „kõige tugevam valu, mida suudad endale ette kujutada”. Võrdluses teiste lineaarsete valuskaaladega peetakse NRS valuskaalat valiidses ja täpses hindamisvahendiks (Ferreira-Valente et al., 2011). Uuritavaid paluti anda numbriline hinne kroonilise vaagnavalu intensiivsusele valuepisoodi ajal keskmiselt, valule kaebuste kõige ägedamas faasis ning valule hindamise läbiviimise hetkel.

Kaebuste väljaselgitamiseks küsitleti uuritavaid urineerimis-, seksuaalelu ja defekatsioonihäirete ning külmakartlikkuse esinemise kohta kliinilise intervjuu vormis. Külmakartlikkuse all mõisteti käesoleva uurimistöö raames uuritava tähelepanekut, et külmaga kokku puutumise ajal või selle järgselt süveneb CP/CPPS haigussümptomaatika. Uuritavad said vabas vormis väljendada oma kaebusi. Kaebuste kohta, mida uuritav ei väljendanud, küsiti lisaküsimusi. Kaebuste esinemist uuritavatel kirjeldati suhtelise sageduse jaotusena. Täpsustavatele küsimustele seksuaalelus esinevate häirete kohta vastas 18 uuritavat, üks uuritav ei soovinud infot jagada.

Uurimistöös ei kasutatud CP/CPPS rahvusvaheliselt kõige enam kasutust leidnud hindamisinstrumenti NIH-CPSI (National Institutes of Health- Chronic Prostatitis Symptom Index), mis hindab kaebuste esinemist viimase nädala jooksul. NIH-CPSI hindab uuritava kaebusi urineerimishäiretele ja nende mõju elukvaliteedile, ent annab uurijale ettekujutuse haigussümptomaatika hetkeseisust. Käesoleva uurimistöö autori vastuvõtule jõudsid uuritavad ravijärjekorra alusel, mistõttu võisid nende kaebused olla aja jooksul leevendust leidnud või ägenenud võrreldes arsti vastuvõtul registreeritud sümptomaatikaga. Parema ülevaate saamiseks uuritavate kaebustest kasutati kaebuse väljendumisel jaotust „esineb”, „esineb kaebuste ägenemise perioodil”, „ei esine”. Viimane jaotus lubab lisada kaebuste väljendumisele ajalise dimensiooni.

3.3.3 Psühhoemotsionaalsete probleemide soodumuse registreerimine

Psühhoemotsionaalsete probleemide soodumuse esinemissagedus selgitati välja kasutades emotsionaalse enesetunde küsimustikku (EEK-2). EEK-2 on subjektiivse enesehinnangu skaala, mida peetakse sobivaks depressiooni ja generaliseerunud ärevushäire skriinimiseks esmatasandil. EEK-2 koosneb depressiooni, generaliseerunud ärevushäire, paanikahäire-agorafoobia, sotsiaalfoobia, vaimse kurnatuse ehk asteenia ja unehäirete alaskaaladest (Ööpik et al., 2006). Küsimustik koosneb 28 probleemist, mille kohta vastaja peab andma hinnangu 5-pallisel skaalal, kuivõrd see on teda häirinud viimase kuu jooksul (0- üldse mitte, 1- harva, 2- mõnikord, 3- sageli, 4- pidevalt). Psühhoemotsionaalsete probleemide soodumuse tuvastamiseks võeti kasutusele *cut off* skoorid, mis on välja töötatud vaimsete probleemide skriinimiseks esmatasandil ning seati depressiooni puhul >11, generaliseerunud ärevushäire puhul >11, paanikahäire-agorafoobia puhul >6, sotsiaalfoobia puhul >3, asteenia puhul >6, unehäirete puhul >5 (EÄÜ, 2013; Ööpik, 2007).

Psühhoemotsionaalsete probleemide soodumusega ja soodumuseta gruppide vaheliste kaebuste jaotumise võrdlemine viidi läbi depressiooni, generaliseerunud ärevushäire, asteenia ja unehäirete puhul.

3.3.4 Käitumuslike strateegiate hindamine

Käitumuslike strateegiate adaptiivsust hinnati lähtudes *Chronic Pain Coping Inventory* hindamisinstrumendi alaskaalade jaotusest (Jensen et al., 1995; Jensen et al., 2008), mis liigitab kroonilise valuga patsientide valukäitumise adaptiivseks (*wellness-oriented*): harjutused või venitused (*exercise/stretch*), lõdvestumine (*relaxation*), ülesande juures püsimine (*task persistence*), enesesisendused (*coping self-statements*), aktiivsuse adekvaatne jaotamine (*pacing*), sotsiaalse toetuse otsimine (*seeking social support*) ning maladaptiivseks (*illness-oriented*): valvelolek (*guarding*), puhkamine (*resting*), abi küsimine (*asking for assistance*). Uuritavaid küsitleti nende käitumise kohta valuga toimetulekul. Küsiti: „Mida sa teed, kui sul on valu?“, „Mida sa teed, et valuga hakkama saada?“ Strateegiad hinnati adaptiivseks või maladaptiivseks. *Chronic Pain Coping Inventory* küsimustikku on varasemalt CP/CPPS patsientide käitumuslikke valustrateegiaid uurides kasutanud Tripp et al. (2006).

3.3.5 Katastrofiseerimise esinemissageduse hindamine

Katastrofiseerimist väljendavate mõtete esinemissagedus selgitati välja *Pain Catastrophizing Scale adult version* hindamisinstrumendi 13 väitega (Sullivan, 2009). Väited väljendavad tendentsi rumineerimisele, magnifitseerimisele või abitusele. Uuritavatel paluti võtta seisukoht eraldi iga väite suhtes- kas esineb või ei esine sarnast mõtlemist oma valu suhtes. Positiivsete väidete arv dokumenteeriti. Uurimistöös ei kasutatud *Pain Catastrophizing Scale* küsimustikku valideeritud hindamisskaalana. Käesolevas uurimistöös kasutati PCS väiteid eestikeelsetena, väited tõlkis uurimistöö autor koos kolleegiga tõlke-tagasitõlke meetodil.

Väiteid esitleti 18 uuritavale. Et võrrelda katastrofiseerimise esinemissagedust valu intensiivsusega, jagati uuritavad positiivsete väidete esinemise alusel kahte rühma: 1-3 positiivset väidet (n=11) ja 4-7 positiivset väidet (n=7).

3.3.6 Lihasskeletisüsteemi seisundi hindamine

3.3.6.1 Sakroiliakaal (SI) liigese testid

Tagumine vaagna valu provokatsioonitest- uuritav oli selili, testitava poole alajäse flekseeritud 90° puusast, põlveliigeses maksimaalne fleksioon. Uuriija avaldas vertikaalset survet reieluu pikiteljel testitava kehapoole SI-liigese suunas (Laslett, 2008; Lee, 2011). Test loeti positiivseks, kui patsient kaebas valu testitava poole SI-liigeses piirkonnas. Testi sooritati mõlema kehapoolega, dokumenteeriti mõlema kehapoole testimise tulemus.

Faber test- uuritav oli selili teraapialaual, alajäsemed sirutatud. Uuriija viis testitava kehapoole alajäseme sääre üle vastaspõlve nii, et testitava poole puusaliigeses tekkis fleksioon-, abduktsioon- ja välisrotatsioonasend. Stabiliseerides vastaspoole niudeluu, survestas uurija testitava poole põlve, püüdes viia reit ekstensiooni. Test loeti positiivseks SI-liigese valu suhtes, kui uuritav kaebas testimise ajal valu alaseljas testitava poole SI-liigese piirkonnas (Magee, 2014). Test loeti positiivseks kubemepiirkonna valu või liikumispäärtuse suhtes, kui uuritav kaebas testimise ajal valu või piiratud testitaval pool kubemepiirkonnas. Testi sooritati mõlema kehapoolega, dokumenteeriti mõlema kehapoole testimise tulemus.

Gaensleni test- uuritav oli selili teraapialaual, testitava poole alajäse rippus üle teraapialaual ääre nii, et puusaliigeses tekkis sirutus. Vastaspoole alajäse toodi fleksiooni puusa- ja põlveliigesest ningpõlv toodi uuritava lähedale rinnale. Uuritav stabiliseeris vastaspoole põlve

sesta kahe käega rinnapoole tõmmates ning uurija avaldas survet testitava poole põlvele seda veel enam ekstensiooni viies (Laslett, 2008; Magee, 2014). Test loeti positiivseks SI-liigese valu suhtes, kui uuritav kaebas testimise ajal valu alaseljas testitava poole SI-liigese piirkonnas. Test loeti positiivseks kubemepiirkonna valu või liikumispiiratuduse suhtes, kui uuritav kaebas testimise ajal valu või piiratudust testitaval pool kubemepiirkonnas. Testi sooritati mõlema kehapoolega, dokumenteeriti mõlema kehapoole testimise tulemus.

Puusalude kompressiooni test küljelt- uuritav oli külililamangus teraapiaalal, alajäsemed kergelt kõverdatud puusa- ja põlveliigestest. Uurija avaldas vertikaalset survet niudeluu harjale, risti läbi vaagna, testides korraga mõlemat SI-liigest (Laslett, 2008). Test loeti positiivseks, kui uuritav kaebas testimisel valu ühe või mõlema SI-liigese piirkonnas. Testi sooritati mõlema kehapoolega. Positiivne tulemus dokumenteeriti eristamata testimise poolt.

Ristluu kompressiooni test kõhuli- uuritav oli kõhulilamangus, toetades käed lõua või lauba alla. Uurija avaldas vertikaalset survet uuritava ristluule, testides korraga mõlemat SI-liigest. Test loeti positiivseks, kui uuritav kaebas testimisel valu ühe või mõlema SI-liigese piirkonnas. Testi tulemus dokumenteeriti kehapoolt eristamata.

3.3.6.2 Suhtelise lihaspikkuse hindamine

Suhtelise lihaspikkuse all mõisteti uurimistöös baasliikuvust peegeldavate, normaalset liigesliikuvusulatust võimaldavate liigutusamplituutide esinemist uuritava inimese puhul. Suhtelise lihaspikkuse vähenemise ilmnemise võib võrdsustada lihaselastsuse vähenemise nähtusega.

Sirge jala tõste hamstringlihaste suhtelise pikkuse hindamiseks- uuritav oli selililamangus, mõlemad alajäsemed sirutatud puusa- ja põlveliigestest. Vastaspöole alajäse jäi algasendisse. Uuritaval paluti tõsta üles põlvest sirutatud alajäse nii kõrgele kui võimalik (Kendall et al., 2005). Test loeti positiivseks hamstringlihaste suhtelise pikkuse vähenemise osas, kui testitavat alajäset polnud võimalik flekseerida puusast 80-90° ilma põlve flekseerimata. Testile anti hinnang vaatluse teel.

Ely test *m. rectus femoris* suhtelise pikkuse hindamiseks- test viidi läbi kõhulilamangus. Uuritav toetas käed lauba või lõua alla. Uurija kõverdas passiivselt uuritava põlve ning püüdis

lähendada kanda tuharale. Test loeti positiivseks *m. rectus femoris* suhtelise pikkuse vähenemise osas, kui uuritaval esines kompensatoorseid liigutusi (testitava alajäseme poolne puus eemaldus lauast) või kanda polnud võimalik lähendada tuharale (Magee, 2014).

Thomas test *m. iliopsoase* suhtelise pikkuse hindamiseks- uuritav oli selili teraapialaual, sääred rippu üle teraapialaua otsa. Uuritav tõi ühe põlve rinnale, tõmmates seda tugevalt enda poole. Testitava ehk vastaspoole alajäseme reis pidi säilitama algasendi ning jääma kontakti teraapialauaga. Uuritav ei võinud võtta kompensatoorseid asendeid ega liigutusi (nimmenõgususe suurenemine). Test loeti positiivseks *m. iliopsoase* lihaspikkuse vähenemise osas, kui uuritav ei suutnud jätta testitava alajäseme reit vastu teraapialauda (Magee, 2014).

3.3.6.3 Funktsionaalsed testid

Sügavkükk- uuritav sooritas kaks korda sügavküki, hoides kätega varbseinast endale sobivalt kõrguselt. Jalad paluti asetada testi alguses vähemalt õlgade laiuselt ning hoida kükkasendis olles kannad maas. Uuritavat küsitleti valu osas testi sooritamise ajal. Valukaebuse esinemine dokumenteeriti. Samuti dokumenteeriti probleemne küki sooritamine muude, lihasskeletisüsteemist tingitud, ent CP/CPPS kaebustekompleksiga mitte seostatavate häirete tõttu. Valu vaagnas sügavküki sooritamisel võib viidata vaagnapõhjalihaste venitusse viimisest tingitud valulikkusele (Van Alstyne et al., 2010) või *n. pudenduse* ärritusest tingitud valule (Antolak et al., 2001)

Päkkadel kõnd- uuritaval paluti tõusta päkkadele ja kõndida päkkadel 3-4 meetrit. Sooritusele anti hinnang „probleemivaba” või „probleemne”.

Kandadel kõnd- uuritaval paluti eelmise ülesande lõpus pöörata ümber ning kõndida kandadel 3-4 meetrit tagasi lähtepunkti. Sooritusele anti hinnang „probleemivaba” või „probleemne”.

1-minutiline istumast püstitõusu test alajäsemete jõuvastupidavuse hindamiseks- uuritaval paluti ühe minuti jooksul tõusta istumast püsti ja laskuda tagasi istuma nii palju kordi kui võimalik. Testimise ajal ei võinud uuritav kasutada ülajäsemete abi. Käed võis uuritav jätta külgedele rippu, panna puusa või rinnale risti vastavalt enda soovile. Uuritavat juhendati hoidma testi sooritamise ajal tallad kontaktis põrandaga. Testis kasutati teraapialauda, mille kõrguseks

seadistas uurija 46 cm. Aega mõõdeti stopperiga. Loendati istumast püsti tõusmise ja tagasi istuma laskumise tsüklid. Testi alustas uuritav istudes.

Testi tulemusi võrreldi referentsväärtustega. 1-minutilise istumast püstitõusu testi referentsväärtused täiskasvanud üldpopulatsioonile on välja töötanud Strassmann et al. (2013).

3.4 Andmete statistiline analüüs

Andmete statistiliseks analüüsiks kasutati tabelarvutusprogrammi Exel 2007, ning statistikaprogrammi SPSS 23. Statistilise andmeanalüüsi meetoditena kasutati protsentanalüüsi, risttabeleid ja seosekordajat Crameri V, Fisheri testi ja Studenti t-testi. Madalaimaks statistilise olulisuse nivooks määrati $p < 0,05$.

Studenti t-test viidi läbi valukaebuste (valu keskmiselt, valu kaebuste ägedamas faasis, valu hindamise hetkel) keskmiste väärtuste vaheliste erinevuste leidmiseks, samuti külmakartlikkust kurnud ja mitte kurnud uuritavate valukaebuste keskmiste väärtuste erinevuste leidmiseks. Seosekordaja Crameri V ning Fisheri test olid kasutusel psühhoemotsionaalsete probleemide soodumusega ja soodumuseta gruppide vaheliste kaebuste jaotumise võrdlemisel. Selleks paigutati kaebuste tunnused risttabelitesse algse jaotusega (tunnus esineb/ei esine või esineb pidevalt/esineb ägenemisperioodil/ei esine). Seosekordaja Crameri V oli kasutusel psühhoemotsionaalsete probleemide soodumuse ja kaebuste kestuse ning käitumuslike strateegiate ja kaebuse kestuse vahelise seose leidmiseks.

4. TULEMUSED

4.1 Valukaebuste lokalisatsioon

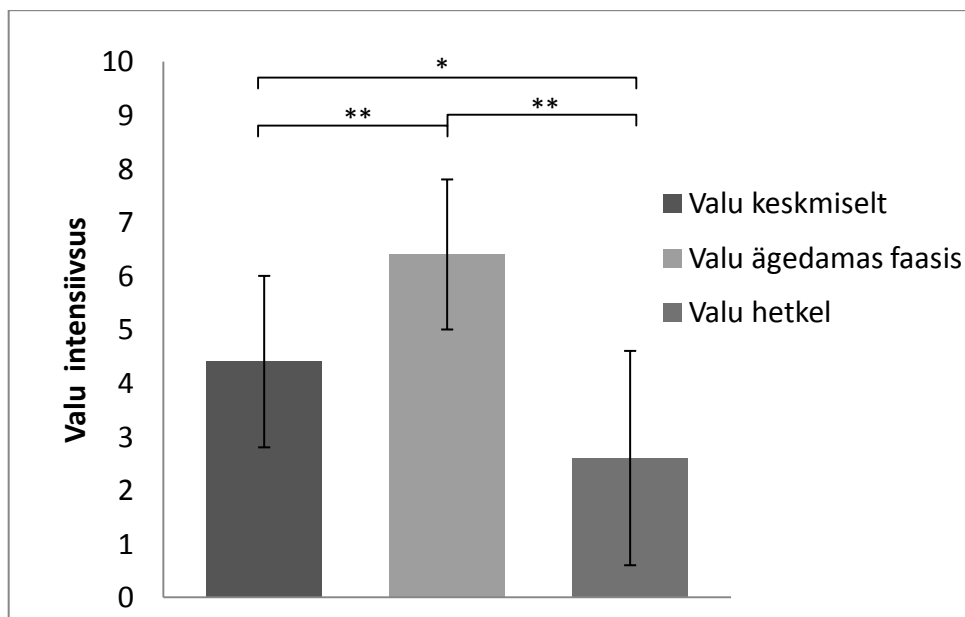
Valu kui CP/CPPS põhisümptomit kaebasid kõik uuritavad (n=19).

Kõige sagedasemaks CP/CPPS valukaebuseks uuritavatel oli valu munandites ja/või peenises, mida esines 17-l uuritaval (89,5%). Valu alakõhus kaebas 14 (73,7%) ja perineumis 9 uuritavat (47,4%) ning kiirguvat valu kaebas 9 uuritavat (47,4%). Lisaks CP/CPPS valukaebusele esines 8-l uuritaval (42,1%) krooniline alaseljavalu ning 10-l uuritaval (52,6%) lisandusid CP/CPPS valukaebusele ortopeedilistest haigusseisunditest või kunagistest traumadest kujunenud kroonilised valud.

Valu esinemissagedus üheski piirkonnas ei olnud statistiliselt oluliselt seotud valu esinemisega mõnes teises piirkonnas ($p>0,05$).

4.2 Uuritavate kaebused vaagnavalu intensiivsusele, urineerimishäiretele, seksuaalhäiretele, defekatsioonihäiretele ja külmakartlikkusele

Joonisel 1 on kujutatud uuritavate hinnang vaagnavalule keskmiselt, valule kaebuste ägedamas faasis ning valule hindamise läbiviimise hetkel.



Joonis 1. Uuritavate poolt hinnatud valu intensiivsus numbrilisel hindamisskaalal. Keskmine, \pm standardhälve, n=19 *- $p<0,05$; ** - $p<0,001$

Urineerimishäirete esinemist kaebas 16 uuritavat (84,2%), kellest kuuel (31,6%) esines urineerimishäireid pidevalt, 10-1 uuritaval (52,6%) esines urineerimishäireid üksnes kaebuste ägenemise perioodil. Uuritavate poolt nimetatud urineerimishäired on välja toodud tabelis 2.

Tabel 2. Uuritavate poolt nende endi hinnangul esinevad urineerimishäired (n=19)

Urineerimishäire	Häire esinemissagedus	Esineb pidevalt n (%)	Esineb ägenemisperioodil n (%)	Ei esine n (%)
Sagenenud urineerimine/põieärritus	63,2%	5 (26,3%)	7 (36,8%)	7 (36,8%)
Öine urineerimine	52,6%	6 (31,6%)	4 (21,1%)	9 (47,4%)
Mittetäielik põie tühjenemine	47,4%	5 (26,3%)	4 (21,1%)	10 (52,6%)
Valu urineerimisel	31,6%	2 (10,5%)	4 (21,1%)	13 (68,4%)

Seksuaalhäirete esinemist kaebas 17 uuritavat (89,5%), kellest üheteistkümmel (57,9%) esines seksuaalhäireid pidevalt, kuuel (31,6%) aga üksnes kaebuste ägenemise perioodil.

Tabel 3. Uuritavatel nende endi hinnangul esinevad seksuaalhäired (n=18).

Seksuaalhäire	Häire esinemissagedus	Esineb pidevalt n (%)	Esineb ägenemisperioodil n (%)	Ei esine n (%)
Erektsioonihäire	42,1%	6 (33,3%)	1 (5,6%)	11 (57,9%)
Libido langus	27,8%	5 (27,8%)	-	13 (72,2%)
Valu ejakulatsiooni ajal	16,7%	1 (5,6%)	2 (11,1%)	15 (83,3%)
Valu ejakulatsiooni järgselt	50%	3 (16,7%)	6 (33,3%)	9 (50%)
Enneaegne seemnepurse	11,1%	2 (11,1%)	-	16 (88,9%)

Soolestikuga seotud kaebusi esines viiel uuritaval (26,3%) 19-st. Nendest kolmel (15,8%) esinesid kõhukinnisusega seotud kaebused, kahel (10,5%) aga kõhulahtisusega seotud kaebused.

Külmakartlikkust tõi välja 10 uuritavat (52,6%).

Külmakartlikkust kurnud ja mitte kurnud uuritavate valukaebuste keskmiste väärtuste vahel ei esinenud statistiliselt olulist erinevust valu puhul keskmiselt ($p=0,093$), valu puhul kaebuste ägedamas faasis ($p=0,157$) ega ka valu puhul hindamise hetkel ($p=0,471$).

4.3 Psühhoemotsionaalsed probleemid

Tabel 4. Uuritavate hinnangud emotsionaalsele enesetundele.

EEK-2 alaskaala	Alaskaala keskmine, standardhälve	Mediaan	üle <i>cut off</i> skoori n (%)
Depressioon	$8,6 \pm 6,4$	8	5 (26,3%)
Generaliseerunud ärevushäire	$12,3 \pm 6,4$	10	9 (47,4%)
Agorafoobia-paanika	$1,1 \pm 1,4$	0	-
Sotsiaalsoofoobia	$0,9 \pm 1,4$	0	2 (10,5%)
Asteenial	$7,5 \pm 3,8$	8	13 (68,4%)
Unehäired	$5,1 \pm 2,5$	6	11 (57,2%)

Võrreldi psühhoemotsionaalsete probleemide soodumusega ja soodumuseta gruppide vahelisi kaebuste jaotumisi. Võrdluse tulemused koos gruppide vaheliste seostega on välja toodud tabelis 5.

Tabel 5. Seosed uuritavate kaebuste jaotumise ja psühhoemotsionaalsete probleemide soodumuse vahel.

Kaebus	Depressiooni soodumus	Generaliseerunud ärevushäire soodumus	Asteeniasoodumus	Unehäirete soodumus
Urineerimishäired	p<0,05	p<0,05	p=0,114	p<0,05
Sagenenud urin./põieärritus	p=0,066	p=0,203	p=0,209	p=0,085
Öine urineerimine	p<0,05	p<0,01	p<0,05	p<0,05
Mittetäielik põie tühjenemine	p<0,01	p<0,01	p=0,138	p=0,059
Valu urineerimisel	p=0,343	p<0,05	p=0,089	p=0,192
Seksuaalhäired	p=0,455	p=0,981	p=0,812	p=0,865
Ereksioonihäire	p=0,664	p=0,644	p=0,336	p=0,446
Libiido langus	p=0,888	p=0,410	p=0,457	p=0,814
Valu ejakulatsiooni ajal	p=0,543	p=0,181	p=0,407	p=0,237
Valu ejakulatsiooni järgselt	p=0,526	p=0,894	p=0,325	p=0,638
Enneaegne seemnepurse	p=0,316	p=0,867	p=0,289	p=0,867
Soolestiku häire	p=0,661	p=0,869	p=0,209	p=0,214
Külmakartlikkus	p=0,556#	p=0,586#	p=0,630#	p=0,605#

#- Fisheri testi p-väärtus

Psühhoemotsionaalsete probleemide soodumuse ja kaebuste kestuse vahel ei esinenud statistiliselt olulist seost depressiooni (p=0,112), generaliseerunud ärevushäire (p=0,521), astenia (p=0,435) ega ka unehäirete (p=0,926) puhul.

4.4 Käitumuslikud strateegiad ja nende seos kaebuste kestusega

Adaptiivsed valustrateegiad esinesid viieteistkümnel (78,9%) ja maladaptiivsed strateegiad neljal uuritaval (21,1%).

Ilmnes statistiliselt oluline seos maladaptiivsete ja adaptiivsete käitumuslike valuga hakkamasaamise strateegiate ja kaebuste kestuse vahel (p<0,05). Viiest uuritavast, kelle kaebused olid kestnud rohkem kui viis aastat, kolm (60%) kasutasid maladaptiivseid strateegiaid.

Seevastu 14-st uuritavast, kelle kaebused olid kestnud vähem kui viis aastat, ainult üks (7%) kasutas maladaptiivset strateegiat.

4.5 Katastrofiseerimine

Kõik 18 uuritavat vastasid positiivselt vähemalt ühele katastrofiseerimist väljendavale väitele. Ühele väitele vastas 2 (11,1%), kahele väitele 4 (22,2%), kolmele väitele 5 (27,8%), neljale väitele 2 (11,1%), viiele väitele 1 (5,6%), kuuele väitele 3 (16,7%) ja seitsmele väitele 1 uuritav (5,6%).

Valu intensiivsuse keskmiste väärtuste erinevused 1-3 ja 4-7 positiivse katastrofiseeriva väitega gruppides ei olnud statistiliselt oluliselt erinevad (tabel 6).

Tabel 6. Valu intensiivsuse keskmiste väärtuste erinevused 1-3 ja 4-7 positiivse katastrofiseeriva väitega gruppides.

Valu intensiivsus	1-3	4-7	p
NRS	katastrofiseerivat väidet	katastrofiseerivat väidet	
Valu keskmiselt	3,95	5,00	0,164
Valu ägedamas faasis	6,41	6,35	0,941
Valu hindamise hetkel	2,27	2,50	0,822

4.6 Lihasskeletisüsteemi seisund

Tabel 7. Kõrvalekalded lihasskeletisüsteemis

Kõrvalekalle	n	Suhteline sagedus
SI-liigese testid:		
Positiivne tagumine vaagna valu provokatsioonitest P	5	27,8%
Positiivne tagumine vaagna valu provokatsioonitest V	6	33,3%
Positiivne Faber test alaseljas P	1	5,6%
Positiivne Faber test alaseljas V	2	11,1%
Faber testil valu/piiratus kubemes P	5	27,8%
Faber testil valu/piiratus kubemes V	7	38,9%
Positiivne Gaensleni test alaseljas P	6	33,3%
Positiivne Gaensleni test alaseljas V	6	33,3%
Gaensleni testil valu/piiratus kubemes P	2	11,1%
Gaensleni testil valu/piiratus kubemes V	1	5,6%
Puusaluude kompressioon põhjustab valu alaseljas	3	16,7%
Ristluu kompressioonil valu alaseljas	3	16,7%
Lihaspikkuste hindamine:		
Hamstringlihaste suhteline lihaspikkus vähenenud P	9	50%
Hamstringlihaste suhteline lihaspikkus vähenenud V	9	50%
Reie sirglihase suhteline lihaspikkus vähenenud P	6	33,3%
Reie sirglihase suhteline lihaspikkus vähenenud V	8	44,4%
Puusapainutajalihase suhteline lihaspikkus vähenenud P	5	27,8%
Puusapainutajalihase suhteline lihaspikkus vähenenud V	7	38,9%
Funktsionaalsed testid:		
Sügavkükk- valu vaagnas	2	11,1%
Sügavkükk- muu probleem	3	16,7%
Päkkadel kõnd probleemne	3	16,7%
Kandadel kõnd probleemne	4	22,2%

1-minutilise istumast püstitõusu testi sooritas 18 uuritavat, kellest üks katkestas testi. Seitsmeteistkümne uuritava keskmiseks korduste arvuks oli 35, standardhälve $\pm 9,5$. Võrdluses

ealiste referentsväärtustega jäi kaheteistkümne uuritava (70,6%) testitulemus alla esimest kvartiili (alla 25 protsentiili), kahel uuritaval (11,8%) jäi tulemus esimese ja teise kvartiili vahele (25-50 protsentiili), kahel (11,8%) teise ja kolmanda kvartiili vahele (50-75 protsentiili), ning ühe uuritava tulemus ületas kolmanda kvartiili (üle 75 protsentiili).

5. ARUTELU

Uurimistöös selgitati välja CP/CPPS patsientide kaebused, diagnoosiga seostatavate psühhoemotsionaalsete, kognitiiv-afektiivsete ja käitumuslike tegurite esinemine ning nende omavahelised seosed, samuti kõrvalekalded lihasskeletisüsteemi seisundis.

Lähtuvalt CP/CPPS heterogeensest kliinilisest representatsioonist (Magistro et al., 2016) võis eeldada, et uuritavad erinevad üksteisest kaebuseti, mistõttu pidas autor oluliseks esimese sammuna tuvastada käesoleva uurimistöö valimi unikaalse haigussümptomaatika konfiguratsiooni, mille põhjal hakata otsima seoseid psühhoemotsionaalsete, kognitiiv-afektiivsete ja käitumuslike teguritega.

5.1 Valukaebuse lokalisatsioon

Tuvastati uuritavate valukaebuste lokalisatsioon. Esinemissageduse järjekorras esines uuritavatel vaagnavalu munandites ja/või peenises, alakõhus ja perineumis. Vaagnavalu esinemist samades kehapiirkondades, mis ilmnes käesoleva valimi puhul, hindab ka NIH-CPSI, mis eristab meessuguelundite valu puhul valu munandites ja valu peenise otsas. Käesoleva uuringu autor ei pidanud oluliseks eristada valu munandites ja valu peenise otsas, mis võib olla põhjuseks, miks valu munandites ja/või peenises esineb käesoleva uuringu puhul vaagnavaluna kõige sagedamini. NIH-CPSI küsimustik toimib sarnaselt valuga alakõhus ja alaseljavalu küsimustikus ei eristata alakõhu, kubeme- ja alaseljavalu. Käesoleva uurimistöö autor pidas alaselja- ja alakõhu valusid piisavalt erinevateks nähtusteks, et neid eraldiseisvatena välja tuua.

Valukaardi kasutamine uuritavate hindamisel annab võimaluse lisaks CP/CPPS diagnoosi sümptomaatikale väljendada ka teisi kehalisi kaebusi. CP/CPPS liigitub TS sündroomide klastrisse, haigusseisundite rühma, mis sageli ilmnevad korraga (Kindler et al., 2011; Nijs et al., 2010; Yunus, 2007). Seetõttu võis eeldada mitmete krooniliste kaebuste koosesinemist. Antud uurimistöö valimi puhul ilmnes 43,1% juhtudest kroonilise vaagnavalu ja alaseljavalu komorbiidsus. Krooniline alaseljavalu kuulub samuti TS sündroomide hulka (Nijs et al., 2010). Valimist üle poole kannatas lisaks kroonilisele vaagnavalule ka ortopeediliste või kunagistest traumadest kujunenud krooniliste valude käes. Registreeriti ka uuritavate kaebused kiirguvale valule. Registreeritud valukaebustel ei ilmnunud omavahelisi statistiliselt olulisi seoseid, mida käesoleva uuringu autor peab huvitavaks leiuks, sest eeldanuks leida seoseid näiteks

ortopeedilistest haigusseisunditest ja kunagistest traumadest väljakujunenud valude ja kiirguva valu või kroonilise alaselja- ja kiirguva valu vahel.

5.2 Uuritavate kaebused vaagnavalu intensiivsusele, urineerimishäiretele, seksuaalhäiretele, defekatsioonihäiretele ja külmakartlikkusele

Uurimistöös hinnati uuritavate poolt raporteeritud valu intensiivsust. Et säilitada CP/CPPS sümptomaatika muutlikku iseloomu kajastav perspektiiv, paluti uuritavatel hinnata valu intensiivsust numbrilisel hindamisskaalal kolmeses jaotuses- valu intensiivsust valuepisoodi ajal keskmiselt, valu intensiivsust kõige ägedamas faasis ning valu intensiivsust hindamise hetkel ehk kliinilise intervjuu ajal. Kolmeses jaotuses esitatud valu intensiivsused esinesid üksteisest statistiliselt olulisel ja väga olulisel määral. Käesoleva uurimistöö autori hinnangul peegeldab antud leid hästi CP/CPPS valukaebuse fluktureerivat iseloomu. Sarnast metoodikat on kasutanud Hedelin ja Jonsson (2007), kes palusid uuritavatel täita NIH-CPSI küsimustiku hinnates ühe versioonina sümptomaatikat selle ägenemise faasis ning teise versioonina sümptomaatikat viimasel nädalal. Valukaebust selle kõige ägedamas faasis hindasid kõik nimetatud uuringu 10 vaatluselust NIH-CPSI instrumendis sisalduval visuaalanaloog skaalal suuremaks kui 8, mis on mõnevõrra rohkem kui käesoleva uuringu tulemusena leitud ägedama faasi valukaebusele antud hinnangu keskmine tulemus 6,4, standardhälve ± 2 .

Urineerimishäired koos seksuaalhäiretega on CP/CPPS kaebustekompleksi osa. Urineerimishäired jagunevad irritatiivseteks ehk ärritus-tüüpi häireteks ning obstruktiivseteks ehk takistus-tüüpi häireteks (Cornel et al., 2005). Uurimistöö vaatluselused raporteerisid nii irritatiivseid kui obstruktiivseid nähte. Kaht nendest kaebustest- sagenenud urineerimist ning põie mittetäielikku tühjenemist hindab ka NIH-CPSI. Käesoleva uuringu vaatluselused kaebasid lisaks nendele „traditsioonilistele“ CP/CPPS puhul hinnatavatele urineerimishäiretele ka öise urineerimise üle ning valu üle urineerimisel. Vaadeldes jaotust „esineb pidevalt“/„esineb ägenemisperioodil“ (tabel 2), võib märgata, et kaebuse ilmnemine on sageli perioodiline ning patsiendi seisund ajas muutuv. Tõenäoliselt esineb patsientidel, kelle kaebused väljenduvad vaid ägenemise faasis, kõikuvaid muutusi elukvaliteedis ning esineb perioode, kus patsient tunneb end hästi. Ent uuritavatel, kel esineb kaebus pidevalt, võib kahtlustada püsivat elukvaliteedi langust.

Uurimistöös kaardistati uuritavate kaebused seksuaalhäiretele. Tulenevalt kirjanduses üsna palju käsitlust leidnud CP/CPPS diagnoosiga meestel esinevatest seksuaalhäiretest on võimalik

tõmmata paralleele käesoleva uurimistöö valimi ja teaduskirjanduses esinevate uurimistulemuste vahel. Kõige sagedamini esines käesoleva uuringu vaatlusalustel valu ejakulatsiooni järgselt (50%), millele võib lisada teise ejakulatoorse häirena valu ejakulatsiooni ajal (16,7%). Kirjanduses neid häireid sageli ei eristata ning nende levimus esitatakse koos. Lee et al. (2007) leidsid CP/CPPS patsientide ejakulatoorsete häirete esinemissageduseks 33,4%. Käesolevas uuringus eristati häire esinemist pidevalt ning häire esinemist kaebuste ägenemise perioodil. Peamiselt esines vaatlusalustel postejakulatoorset ja ejakulatoorset valu kaebuste ägenemise faasis (33,3% ja 11,1%). Vaadeldes postejakulatoorse valu esinemissagedust uuritavatel kaebuste ägenemise faasis, võib märgata väga suurt sarnasust Lee et al. (2007) poolt esitatud esinemissagedusega.

Samasugune sarnasus kirjanduses välja toodud numbritega ei kehti aga enneaegse seemnepurske puhul, mida kaebas ainult 11,1% uuritavatest, kirjanduse järgi on selle sageduseks aga isegi kuni 77,3% (Juan et al., 2011). Võimalikuks seletuseks võib olla käesoleva uuringu vaatlusaluste keskmine vanus, võimalik vähene seksuaalne aktiivsus või soov antud probleemi mitte avaldada. Enneaegse seemnepurske mõiste (Juan et al., 2011) on seostatud heteronormatiivse penetreeriva vaginaalse vahekorra keskse seksuaalsusega. On võimalik, et uuritavate seksuaalsus avaldus teisiti või uuritavad ei koge varast seemnepurset enda jaoks probleemina. Seksuaalset anamneesi käesoleva uuringu raames ei võetud ning asjaolud, mistõttu uuritavad toovad välja oluliselt madalamat enneaegse seemnepurske esinemissagedust võrreldes uuringutega, jäävad teadmata.

Erektilset düsfunktsiooni (ED) esines vaatlusalustel 42,1% , mis haakub kirjanduses kajastatud 15,1-48,3% levimusega (Juan et al., 2011). ED esinemissagedus tõuseb koos mehe vanusega (Juan et al., 2011). Käesoleva uurimistöö vaatlusaluste keskmiseks vanuseks oli $45,8 \pm 12,8$, mis võib seletada ED mõnevõrra kõrget esinemissagedust käesolevas valimis.

Lisaks urineerimis- ja seksuaalfunktsioonile on vaagnapiirkond tihedalt seotud ka defekatsioonifunktsiooniga. Läbi rist-sensitisatsiooni mehhanismi võib funktsioonihäire ühes elundis mõjutada teist elundit ning selle funktsiooni (Engeler et al., 2014; Malykhina, 2007; Origoni et al., 2014; Pezzone et al., 2005), mistõttu võis eeldada, et lisaks urineerimis- ja seksuaalfunktsiooni häiretele esines uuritavatel ka sooletegevusega seotud kaebusi. Käesolevas uurimistöös esines defekatsioonihäireid 26,3% uuritavatel. Sooletegevusega seotud häired seejuures liigitusid kõhukinnisusega ja kõhlahtisusega seotud häireteks. Otsides paralleele teaduskirjandusest nii kõhukinnisusena kui –lahtisusena väljenduvatele soolestikuprobleemidele

leidis käesoleva töö autor, et Itaalia uroloogiakliinikus läbi viidud kroonilise prostatiidi (kroonilise bakteriaalse ehk NIH-II vormi ja kroonilise abakteriaalse ehk NIH-III vorm) levimusuuringu (Bartoletti et al., 2007) käigus registreeriti kroonilise prostatiidi grupis tervete meestega võrreldes rohkem ärritatud soole sündroomi, rohkem meteorismi probleeme ning rohkem aeglustunud seedimise kaebust. Seega võivadki soolestiku probleemid kroonilise prostatiidiga vaadeldavate hulgas jaguneda nii kõhulahtisuseks kui ka- kinnisuseks. Käesoleva uuringu vaatlusalustest 15,8%-l esines kõhukinnisusega seotud kaebusi, mida võib seletada nii aeglustunud seedimise (Bartoletti et al., 2007) kui ka vaagnapõhjalihaste ületoonusega, mille puhul on häirunud *m. puborectalis* lõõgastumine defekatsioon raskendatud (Cohen et al., 2016). Kõhulahtisusega seotud problemaatika uuringu vaatlusalustel võib liigituda ärritatud soole sündroomiga seotud kaebuste spektrisse. Ärritatud soole sündroomi esinemist valimi hulgas võib kahtlustada seetõttu, et tegu on TS sündroomide hulka kuuluva häirega, mis sageli esinevad käsikäes (Kindler et al., 2011; Nijs et al., 2010; Yunus, 2007). Primaarselt funktsionaalsete gastrointestinaalsete häirete kaebamine oli käesoleva uuringu üheks väljaarvamise kriteeriumiks, ent ka CP/CPPS diagnoosiga valimi juures esile tulnud defekatsioonihäire puhul on tõenäoliselt tegemist olemuselt funktsioonihäiretega. Üksikindiviidiga teraapias tegeledes aga tuleb kindlasti adresseerida mitmesuguseid sooletegevust mõjutada võivaid tegureid nagu toitumise regulaarsus ja kvaliteet, füüsiline aktiivsus või võimalik ravimite tarbimine.

Külmakartlikkuse all mõisteti käesolevas uurimistöös uuritava tähelepanekut, et külmaga kokku puutumise ajal või selle järgselt süveneb CP/CPPS haigussümptomaatika. Külmakartlikkust kurtis 52,6% uuringu vaatlusalustest. Käesoleva uurimistöö autori hinnangul tuleb CP/CPPS patsiendi teraapias võimalikku külmakartlikkuse ilmingut adresseerida ning uurida sellega seotud kognitiivseid (mida indiviid sellest teab ja arvab) ning käitumuslikke (kuidas indiviid end külma eest kaitseb) aspekte.

Kuna tegemist on ka käesoleva uuringu tulemuse kohaselt kõrge levimusega probleemiga, tuleb autori hinnangul patsiendiga töötaval meeskonnal leida konsensus, kuidas külmakartlikkust adresseerida ning milline seletus patsiendile selle kohta anda.

Külmakartlikkus ja valu intensiivsus ei olnud omavahel statistiliselt oluliselt seotud. Kui külmakartlikkuse näol tegemist on sensitiseerunud organismis tekkiva ülitundlikkusreaktsiooniga (Hedelin & Jonsson, 2007), võinuks oodata, et ülitundlikkus väljendub ka valu suhtes ning külmakartlikkust väljendavate uuritavate valule antud hinnangud on kõrgemad.

5.3 Psühhoemotsionaalsed probleemid

Käesolevas uurimistöös selgitati välja psühhoemotsionaalsete probleemide soodumuse esinemissagedus uuritavatel. Kõige sagedamini esines uuritavatel soodumust vaimsele kurnatusele ehk asteniale (68,4%). Astenia soodumuse ilmnemist seostatakse enamasti koosesinemises depressiooniga (EÄÜ, 2013). Käesolevas uuringus aga ilmneb, et astenia soodumus on pea kolm korda sagedasem depressiooni soodumuse esinemissagedusest. Tegu võib olla mitte depressiooni, vaid kroonilise valusündroomi ning urineerimis- ja seksuaalhäirete foonil välja kujunenud kurnatusega. Kurnatuse kõrget esinemissagedust on lihtne seostada teise antud valimis kõrge sagedusega esineva probleemi- unehäirete soodumusega.

Kõik valimis esindatud probleemide soodumused (välja arvatud sotsiaalsootlikkus, mida ei analüüsitud selle väheste esinemissageduste tõttu) olid mingil moel statistiliselt oluliselt seotud urineerimishäirete esinemisega (tabel 5). Kõige enam leiti seoseid generaliseerunud ärevushäire soodumuse ja urineerimishäirete vahel. Huvitava leiuna võib siinkohal täheldada, et ehkki generaliseerunud ärevushäire soodumus oli statistiliselt väga oluliselt seotud öise urineerimisega, ei leitud statistiliselt olulist seost selle ja sagenenud urineerimise/põieärrituse vahel. Käesoleva töö autor eeldanuks, et öine urineerimine ja sagenenud urineerimine/põieärritus kui kaks irritatiivset urineerimishäiret esinevad koos ning seda peegeldab ka statistiline analüüs.

Tähelepanuväärseks tuleb pidada ka asjaolu, et seksuaalhäired, ehkki antud valimis sagedasti raporteeritud, ei olnud oluliselt seotud ühegi psühhoemotsionaalse probleemi soodumusega. Olles teadlik seksuaalsusest kui olulisest elukvaliteeti mõjutavast tegurist, on uurimistöö autoril raske leida põhjendust sellele asjaolule. Võimalikuks seletuseks võib olla urineerimishäirete esinemissageduse kõrgem esinemine valimis.

Uurimistöös ei leitud olulist seost psühhoemotsionaalse probleemi soodumuse ning haigusseisundi kestuse vahel, mis on samuti autori jaoks üllatav tulemus. Kroonilise valu pikemaajaline kestus peaks olema emotsionaalsete probleemide süvenemist mõjutavaks faktoriks nii igapäevateadmise kui ka teaduskirjanduse andmetel. Samas tuleb arvesse võtta psühhoemotsionaalsete probleemide kõrget levimust antud valimi hulgas üldiselt, mis ilmselt mõjutas väikesearvulise valimi puhul oluliste erinevuste ilmnemist lühemat ja pikemat aega kaebuste all kannatanute vahel.

5.4 Käitumuslikud strateegiad ja nende seos kaebuste kestusega

Uurimistöös selgitati välja, kui palju esines uuritavatel adaptiivseid ja maladaptiivseid valuga hakkamasaamise strateegiaid. Valu vaagnapiirkonnas on CP/CPPS peamine sümptom (Magistro et al., 2016) ning käitumuslikud strateegiad ennustavad patsiendi kohanemist haigusseisundiga (Tripp et al., 2006), olles seejuures tihedalt seotud teiste biopsühhosotsiaalses mudelis käsitletavate teguritega. Käesolevas uurimistöös ilmnes statistiliselt oluline seos ($p < 0,05$) haigusseisundi kestuse ja käitumuslike valuga hakkamasaamise strateegiate vahel. Uuritavad, kelle haigusseisund oli kestnud üle 5 aasta, kasutasid oluliselt rohkem maladaptiivseid käitumuslikke strateegiaid. Kas maladaptiivsete käitumuslike strateegiate kasutamine üle viie aasta CP/CPPS all kannatajate hulgas oli tingitud kaebuste pikaajalisest kulust ning patsientide adaptiivsete ressursside ammendumisest või olid uuritavad kaebuste algusest peale kasutanud ebaefektiivseid strateegiaid ning just seetõttu oli nendel välja kujunenud krooniline kaebus-sellele käesolev uuring vastust leida ei võimalda. Küll aga tõstatab antud tulemus küsimuse sellest, kas haigusseisundist on võimalik selle all pikalt kannatanud patsiendil välja tulla, kui ta oma käitumuslikke strateegiaid ei muuda. Käitumuslikke strateegiaid saab mõjutada suurendades patsiendi enesetõhusust, mida peavad oluliseks Baranowski et al. (2013) ja Jensen et al. (1995). Ka käesoleva uurimistöö autor peab oluliseks terapeutilise sekkumisprogrammi ülesehitamisel pöörata tähelepanu patsiendi enesetõhususe suurendamisele, mis võib mõjutada patsienti kasutama enam adaptiivseid käitumuslikke strateegiaid.

Uuriija hinnangul on tähelepanuväärne, et maladaptiivsete käitumuslike strateegiate kasutamine pikemalt kaebuste all kannatanud patsientide puhul ilmnes statistiliselt olulisel määral hoolimata sellest, et nähtuste uurimiseks ei kasutatud standardiseeritud hindamisinstrumenti. Tundub, et tegemist on nähtusega, mis ei vaja „peenähälestatud“ hindamismetoodikat selle avastamiseks. Maladaptiivsete strateegiate kasutamist ei saa aga seletada psühhoemotsionaalsete probleemide soodumuse sagedasema esinemisega pikemalt kaebuste all kannatanud patsientidel, sest kaebuste ja haigusseisundi kestuse vahel teatavasti seost ei leitud.

5.5 Katastrofiseerimine

Katastrofiseerivaid mõtteid valu suhtes esines uurimistöö kõigil vaatlusalustel. Kõige suuremaks positiivsete katastrofiseerivate väidete arvuks oli 7, mis esines ühe uuritava puhul. Kõige sagedamini jaatati kolme väidet. Kuna CP/CPPS näol tegemist on kroonilise

valusündroomiga, millele on arstliku uurimise käigus raske leida meditsiinilist põhjendust ning millega kaasnevad mitmed igapäevaelu mõjutavad funktsioonihäired ja emotsionaalsed probleemid, on igati alust arvata, et patsientidel esineb oma kaebuste suhtes ka katastrofiseerivaid mõtteid. Käesolevas töös uuriti, kas valukaebuste keskmiste väärtuste erinevused erineval hulgal katastrofiseerivaid väiteid jaatanud uuritavate vahel on erinevad, jaotades selleks uuritavad kahte gruppi. Statistiliselt olulist erinevust valukaebuste intensiivsuses 1-3 ja 4-7 katastrofiseerivat väidet jaatavates gruppides ei leitud. Kirjanduse põhjal võinuks oodata, et uuritavad, kellel esineb rohkem katastrofiseerivaid väiteid, kaebavad ka valu intensiivsust kõrgemate numbriliste hinnangutega. Vastupidiselt ootusele ilmnes isegi asjaolu, et hinnang valukaebusele selle ägedamas faasis oli rohkem katastrofiseerivaid väiteid jaatanud uuritavatel madalam kui vähem katastrofiseerijatel. Ootuspärasem erinevus kahe grupi vahel, ehkki statistiliselt ebaoluline, tuli esile valuepisoodi ajal ilmneva keskmise valu hinnangus, kus vähem katastrofiseeriv grupp hindas oma valu intensiivsust rohkem katastrofiseeriva grupi hinnangust 1,05 palli madalamaks. Ka Quartana ja kaasautorid (2009) peavad oluliseks mainida, et mõnedes uuringutes ilmneb seos katastrofiseerimise ja valu intensiivsuse vahel minimaalse erinevusena, samal ajal kui teistes uuringutes on erinevus kuni 31%.

Tuleb ka välja tuua, et *Pain Catastrophizing Scale* instrumenti ei kasutatud uurimistöös valideeritud skaalana ning kasutati ainult instrumendi väiteid, millele uuritav sai võimaluse vastata jaatavalt või eitavalt. Tõenäoliselt oleks instrumendi kasutamine skaala vormis andnud praegusest üsna pealiskaudsest hindamistulemusest märksa mitmemõõtmelisema ja täpsemini uuritavate vahelisi erinevusi registreeriva andmestiku. Samuti oli uuritavate jaotamine 1-3 ja 4-7 väidet jaatavateks gruppideks mõnevõrra meelevaldne ning lähtus vajadusest jagada uuritavad kaheks võimalikult võrdseks grupiks ning uurija eeldusest, et kahe erineval hulgal katastrofiseerivaid väiteid jaatava grupi vahel võiks ilmsiks tulla erinevusi. Autor toob siinkohal välja vajaduse *Pain Catastrophizing Scale* instrumendi valideerimiseks eesti keelde uute, meetoodiliselt kvaliteetsemate uuringute korraldamiseks.

5.6 Lihasskeletisüsteem

CP/CPPS patsientide lihasskeletisüsteemi hindamisel ilmnes mitmesuguseid kõrvalekaldeid. Käesoleva hindamisprotokolli näol oli tegemist ülevaatliku ja üsna pealiskaudse lähenemisega patsientide lihsskeletisüsteemi seisundi kirjeldamisel. Sooritati Si-liigese teste, mille puhul tuli ilmsiks nii valu SI-liigeses kui piiratust kubemes. SI- liigese teste soovitatakse läbi viia

eesmärgiga tuvastada kroonilise vaagnavalu võimalikku lihasskeletisüsteemist tulenevat allikat (Potts & O'Dougherty, 2000). Käesoleva uuringu vaatlusalustest 42,1% kaebasid lisaks vaagnavalule ka kroonilise alaseljavalu üle. Seega võis eeldada, et alaseljaga seotud füsioterapeutiline testimine paljastab positiivseid ehk valukaebust provotseerivaid tulemusi. Ka uuringutulemustest on näha (tabel 7), et teatud testid (tagumine vaagnavalu provokatsioonitest, Gaensleni test) põhjustavad valu kolmandikul patsientidest valu. Ühe takistava faktorina patsientide SI-liigese testimise läbiviimisel ilmnes patsientide kubemepiirkonna liikumispiiratus ja valulikkus (Gaensleni test, Faber test). Seetõttu on uuringu autor arvamisel, et alaseljaga seotud valulikkuse levimuse määramise vaatlusalustel maskeeris kubemepiirkonna valu ja liikumispiiratus esinemine, mis ei võimaldanud piisavat reie ekstensioonsuunalist liikumist ekstreemsemate asendite võtmiseks, mille kaudu SI-liigese valulikkus saanuks avalduda. Kui käesolevas uuringus ilmnes valu ja piiratus kubemes Gaensleni testil 5,6-11% ning Faber testil 27,8-38,9% patsientidel, siis Hetrick et al. (2003) on ühes vähestest CPPS meeste lihasskeletisüsteemi hindavas uuringus leidnud kubemepiirkonna pinget (increased groin tension) levimuseks 16,7% ja kontrollgrupis 0%. Käesoleva töö autorile torkab silma ka kubemepiirkonna valu ja piiratus erinevus kehapoolte vahel, millele üksikindiviidiga tegeledes tuleks kindlasti tähelepanu pöörata.

Kubemepiirkonna liikumispiiratus esinemise tõttu ei ole võimalik määratleda SI-liigese düsfunktsiooni levimust, sest düsfunktsiooni tuvastamiseks ortopeediliste testidega peaks esinema kolm või enam positiivset SI-liigese valu provokatsioonitesti (tagumine vaagnavalu provokatsioonitest, Gaensleni test, puusaluude kompressioon küljelt, ristluu kompressioon) (Laslett, 2008). Vaadates tabelit 7 saame öelda, et tulemuste põhjal saab SI-liigese düsfunktsiooni levimuseks olla maksimaalselt 16,7% - sest kolmel patsiendil on puusaluude ja ristluu kompressiooni testid positiivse ehk valu provotseeriva tulemusega.

Teine lihasskeletisüsteemi testide grupp tegeles suhtelise lihaspikkuse hindamisega patsientidel. Hinnati vaagnaga seotud lihasgruppe. Tulemustest selgub, et lihaspikkuse või-elastsuse probleeme esines vaatlusalustest paljudel. Probleemid lihaselastsusega võivad mõjutada liikumismustreid ebaökoonomsete suunas, mis omakorda võib olla lokaalsete ülekoormussündroomide ja valu põhjuseks. Üheks seletuseks lihaselastsuse vähenemisele võib olla kogu kehas tõusnud lihaspinge vastusena valule, samuti psühhoemotsionaalsete probleemide (soodumuse) kõrge esinemissagedus vaatlusaluste grupis, mis samuti lihastoonust mõjutada võib.

Suhtelise lihaspikkuse hindamise tulemuste interpreteerimisel tunneb autor puudust kontrollgrupist, kelle vastavate tulemustega CP/CPPS patsiente võrrelda.

Sügavküki sooritamisel ilmnas valu vaagnas vähestel uuritavatel, rohkem esines probleeme, mis ei olnud seotud CP/CPPS kaebustekompleksiga.

Samuti oli päkkadel ja kandadel kõndimisega probleeme vähestel ning probleemid olid eelkõige tingitud CP/CPPS seisundiga mitte seostatavatest kahjustustest.

Alajäsemete lihasjõud võrreldes ealiste ja sooliste referentsväärtustega oli paljudel patsientidel alla 25 protsentiili. Ketels et al.2015 peavad istumast püstitõusu testi vajalikuks uurimisvahendiks, et lisaks jõuvastupidavuse vähenemisele tuvastada ka liigutushirm, mis kroonilise valuga võib kaasneda. Käesoleva uurimistöö autori jaoks on selgusetu, mis võiks olla uuritavate vähenenud lihasvastupidavuse põhjuseks. Selgust asja oleks toonud uuringu raames uuritavate kehalise aktiivsuse ja treeningharjumuste hindamine.

5.8 Töö piirangud ja tugevused

Käesoleva uurimistöö piiranguteks on väikesearvuline vaatlusaluste arv, kontrollgrupi puudumine ja mittestandardiseeritud hindamisvahendite kasutamine, mistõttu ei võimalda tulemused teha ulatuslikke järeldusi CP/CPPS patsientide kohta.

Töö tugevusteks on biopsühhosotsiaalsete tegurite käsitlemine, mis toetub valdkonna uusimatele soovitudele ning uudne patsientide grupp.

6. JÄRELDUSED

1. Esinemissageduse järgekorras esineb CP/CPPS patsientidel vaagnavalu munandites ja/või peenises, alakõhus ja perineumis. Patsiendid kaebavad sagedasti valu kiirgumist, kroonilist alaseljavalu ning ortopeedilistest haigusseisunditest või kunagistest traumadest kujunenud kroonilisi valusid.
2. CP/CPPS patsientide poolt antud hinnangud vaagnavalule selle erinevates faasides erinevad üksteisest olulisel määral. Urineerimishäiretest kaebavad patsiendid iritatiivseid (sagenenud urineerimine/põieärritus, öine urineerimine, valu urineerimisel) ja obstruktiivseid (mittetäielik põie tühjenemine) nähte; seksuaalhäiretest ejakulatsiooniga seotud valu, erektsioonihäiret, libiido langust ja enneaegset seemnepurset; defekatsioonihäiretest kõhukinnisust ja- lahtisust. Külmakartlikkus esineb pooltel CP/CPPS patsientidel.
3. Psühhoemotsionaalsetest probleemidest esineb patsientidel esinemissageduse järgekorras soodumust asteeniale, unehäiretele, generaliseerunud ärevushäirele, depressioonile, vähem esineb sotsiaalfobiat. Psühhosotsiaalsete probleemide soodumus on seotud urineerimishäirete esinemisega ja ei ole seotud kaebuse kestusega.
4. Peamiselt kasutavad patsiendid valuga hakkamasaamisel adaptiivseid käitumuslikke strateegiaid. Käitumuslike strateegiate maladaptiivsus ilmneb patsientidel, kelle kaebused on kestnud mitmeid aastaid.
5. Kõigil CP/CPPS patsientidel esineb valu suhtes katastrofiseerivaid mõtteid. Rohkem katastrofiseerivate patsientide poolt valule antud hinnangud ei erine oluliselt vähem katastrofiseerivate patsientide omadest.
6. CP/CPPS patsientide lihasskeletisüsteemis esineb füsioterapeutilisel testimisel kõrvalekaldeid. Enamike patsientide alajäsemete lihasvastupidavus on vähene.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Allsop SA, Erstad DJ, Brook K, Bhai SF, Cohen JM et al. The DABBECC phenotyping system: towards a mechanistic understanding of CP/CPPS. *Nature Reviews Urology* 2011; 8(2): 107-113.
2. Anderson RU, Orenberg EK, Chan CA, Morey A, Flores V. Psychometric profiles and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *The Journal of Urology* 2008; 179(3): 956-960.
3. Anderson RU, Sawyer T, Wise D, Morey A, Nathanson BH. Painful myofascial trigger points and pain sites in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *The Journal of Urology* 2009; 182(6): 2753-2758.
4. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *The Journal of Urology*. 2006; 176(4): 1534-1539.
5. Antolak SJ, Hough DM, Pawlina W, Spinner RJ. Anatomical basis of chronic pelvic pain syndrome: the ischial spine and pudendal nerve entrapment. *Medical Hypotheses* 2002; 59(3): 349-353.
6. Baranowski AP, Mandeville AL, Edwards S, Brook S, Cambitzi J et al. Male chronic pelvic pain syndrome and the role of interdisciplinary pain management. *World Journal of Urology* 2013; 31(4): 779-784.
7. Baranowski AP. Chronic pain mechanisms. In: Chaitow L, Lovegrove Jones R, eds. *Chronic Pelvic Pain and Dysfunction*. Elsevier; 2012.
8. Bartoletti R, Cai T, Mondaini N, Dinelli N, Pinzi N et al. Prevalence, incidence estimation, risk factors and characterization of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in urological hospital outpatients in Italy: results of a multicenter case-control observational study. *The Journal of Urology* 2007; 178(6): 2411-2415.
9. Berger RE, Ciol MA, Rothman I, Turner JA. Pelvic tenderness is not limited to the prostate in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CPPS) type IIIA and IIIB: comparison of men with and without CP/CPPS. *BMC Urology* 2007; 7(1): 17.

10. Chen JL, Chen SF, Kuo HC. Clinical assessment and management of patients with National Institutes of Health categories IIIA and IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Tzu Chi Medical Journal*. 2014; 151-156.
11. Clemens JQ, Brown SO, Calhoun EA. Mental health diagnoses in patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a case/control study. *The Journal of Urology* 2008; 180(4): 1378-1382.
12. Cohen DS, Gonzalez J, Goldstein I. The Pelvic Floor and Male Sexual Function. In: Padoa A, Rosenbaum TY, eds. *The Overactive Pelvic Floor*. Springer International Publishing; 2016, 31-42.
13. Cornel EB, van Haarst EP, Schaarsberg RW, Geels J. The effect of biofeedback physical therapy in men with chronic pelvic pain syndrome type III. *European Urology* 2005; 47(5): 607-611.
14. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell A, Dinis-Oliveira P et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology 2014. https://uroweb.org/wp-content/uploads/26-Chronic-Pelvic-Pain_LR.pdf 05.04.2017.
15. EÄÜ (Eesti Ämmaemandate Ühendus). Emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 tulemuste tõlgendamise. 2013. <http://www.ammaemand.org.ee/wp-content/uploads/2013/09/Emotsionaalse-enesetunde-hindamise-k%C3%BCsimustik-2-tulemuste-tolgendamise.pdf> 1.05.2017.
16. Farmer MA, Chanda ML, Parks EL, Baliki MN, Apkarian AV et al. Brain functional and anatomical changes in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *The Journal of Urology* 2011;186(1):117-124.
17. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain* 2011; 152(10): 2399-2404.
18. Fersum KV, O'Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvåle A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain* 2013; 17(6): 916-928.
19. Glazer HI, Gilbert C. Biofeedback in the diagnosis and treatment of chronic essential pelvic pain disorders. In: Chaitow L, Lovegrove Jones R, eds. *Chronic Pelvic Pain and Dysfunction*. Elsevier; 2012.

20. Gonen M, Kalkan M, Cenker A, Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome. *Journal of Andrology*. 2005; 26(5): 601-603.
21. Hanno PM, Burks DA, Clemens JQ, Dmochowski RR, Erickson D et al. AUA guideline for the diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *The Journal of Urology* 2011; 185(6): 2162-2170.
22. Hedelin H, Jonsson K. Chronic abacterial prostatitis and cold exposure: an explorative study. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2007; 41(5): 430-435.
23. Hedelin H, Jonsson K, Lundh D. Pain associated with the chronic pelvic pain syndrome is strongly related to the ambient temperature. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2012; 46(4): 279-283.
24. Hetrick DC, Ciol MA, Rothman I, Turner JA, Frest M et al. Musculoskeletal dysfunction in men with chronic pelvic pain syndrome type III: a case-control study. *The Journal of Urology* 2003; 170(3): 828-831.
25. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Nielson WR. Chronic pain coping inventory: professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources 2008.
26. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Strom SE. The chronic pain coping inventory: development and preliminary validation. *Pain* 1995; 60(2): 203-216.
27. Juan YS, Long CY, Chou YH, Wang CJ, Huang CH et al. Sexual dysfunction in men with chronic pelvic pain syndrome. *Incontinence and Pelvic Floor Dysfunction* 2011; 5(2): 31-34.
28. Kendall FP, Kendall McCreary E, Provance PG, Rodgers MM, Romani WA. *Muscles: Testing and Function, with Posture and Pain*. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore; 2005.
29. Ketels G, Richardsen B, Klotz S, Riegel B, Lau K et al. Development of a physiotherapeutic diagnostic algorithm for patients with „chronic pelvic pain syndrome” (CPPS). Presentation of a physiotherapeutic algorithm and physiotherapeutic findings report-sheet with first results. 2nd World Congress on Abdominal and Pelvic Pain; 2015 June 11-13; Nice, France.
30. Kindler LL, Bennett RM, Jones KD. Central sensitivity syndromes: mounting pathophysiologic evidence to link fibromyalgia with other common chronic pain disorders. *Pain Management Nursing* 2011; 12(1): 15-24.

31. Korkmaz S, Karadag MA, Hamamcioglu K, Sofikerim M, Aksu M. Electrophysiological Identification of Central Sensitization in Patients with Chronic Prostatitis. *Urology Journal* 2015; 12(4): 2280-2284.
32. Krieger JN, Nyberg Jr L, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *Journal of American Medical Association* 1999; 282(3): 236-237
33. Kutch JJ, Yani MS, Asavasopon S, Kirages DJ, Rana M et al. Altered resting state neuromotor connectivity in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A MAPP: Research Network Neuroimaging Study. *NeuroImage: Clinical* 2015; 8: 493-502.
34. Kwon JK, Chang IH. Pain, catastrophizing, and depression in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *International Neurourology Journal* 2013; 17(2): 48.
35. Laslett M. Evidence-based diagnosis and treatment of the painful sacroiliac joint. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 2008;16(3):142-152.
36. Lee D. *The pelvic girdle*, 4th ed. Elsevier; 2011.
37. Lee SW, Liong ML, Yuen KH, Leong WS, Cheah PY et al. Adverse impact of sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2008; 71(1): 79-84.
38. Malykhina AP. Neural mechanisms of pelvic organ cross-sensitization. *Neuroscience* 2007; 149(3): 660-672.
39. Magee, DJ. *Orthopedic Physical Assessment*. 6th ed. Elsevier; 2014.
40. Magistro G, Wagenlehner FM, Grabe M, Weidner W, Stief CG, Nickel JC. Contemporary management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *European Urology* 2016; 69(2): 286-297.
41. Mehik A, Hellström P, Sarpola A, Lukkarinen O, Järvelin MR. Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland. *BJU International* 2001; 88(1): 35-38.
42. Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy*. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press 1994. <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf> 1.05.2017.

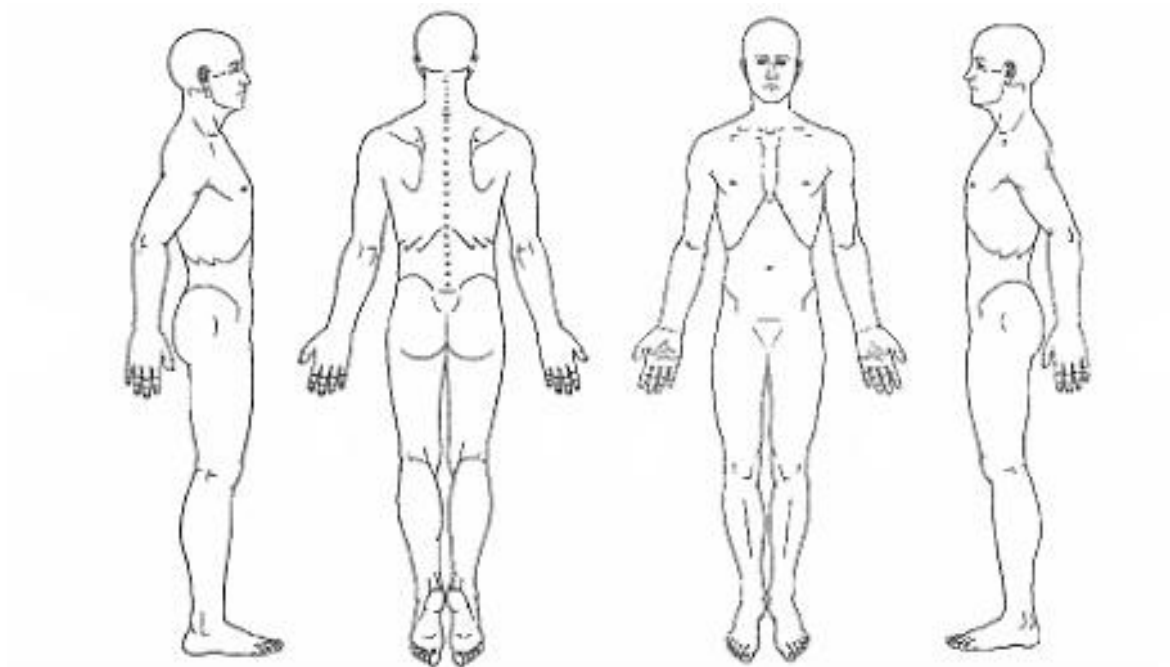
43. Mieritz RM, Thorhauge K, Forman A, Mieritz HB, Hartvigsen J et al. Musculoskeletal Dysfunctions in Patients With Chronic Pelvic Pain: A Preliminary Descriptive Survey. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2016; 39(9): 616-622.
44. Nijs J, Van Houdenhove B, Oostendorp RA. Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Manual Therapy* 2010; 15(2): 135-141.
45. Origoni M, Maggiore ULR, Salvatore S, Candiani M. Neurobiological mechanisms of pelvic pain. *BioMed Research International* 2014; 1-9.
46. Pezzone MA, Liang R, Fraser MO. A model of neural cross-talk and irritation in the pelvis: implications for the overlap of chronic pelvic pain disorders. *Gastroenterology* 2005; 128(7): 1953-1964.
47. Potts JM, O'Dougherty E. Pelvic floor physical therapy for patients with prostatitis. *Current Urology Reports*. 2000; 1(2):155-158.
48. Probert KJ, Litwin MS, Wang Y, Alexander RB, Calhoun E et al. Responsiveness of the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI). *Quality of Life Research*. 2006; 15(2): 299-305.
49. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2009; 9(5): 745-758.
50. Riegel B, Bruenahl CA, Ahyai S, Bingel U, Fisch M et al. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men—A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 2014; 77(5): 333-350.
51. Rodríguez MÁ, Afari N, Buchwald DS. Evidence for overlap between urological and nonurological unexplained clinical conditions. *The Journal of Urology* 2009; 182(5): 2123-2131.
52. Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, Probert KJ, Alexander RB et al. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study. *The Journal of Urology* 2002; 168(3): 1048-1053.
53. Shoskes DA, Berger R, Elmi A, Landis JR, Probert KJ, Zeitlin S, Chronic Prostatitis Collaborative Research Network Study Group. Muscle tenderness in men with chronic

- prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the chronic prostatitis cohort study. *The Journal of Urology* 2008; 179(2): 556-560.
54. Shoskes DA, Landis JR, Wang Y, Nickel JC, Zeitlin SI et al. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network Study Group. Impact of post-ejaculatory pain in men with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *The Journal of Urology* 2004; 172(2): 542-547.
 55. Shoskes DA, Nickel JC, Dolinga R, Prots D. Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with symptom severity. *Urology* 2009; 73(3): 538-542.
 56. Strassmann A, Steurer-Stey C, Dalla Lana K, Zoller M, Turk AJ, Suter P, Puhan MA. Population-based reference values for the 1-min sit-to-stand test. *International Journal of Public Health* 2013; 58(6):949-953.
 57. Sullivan, MJL. PCS Pain Catastrophizing Scale. User Manual. 2009. http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSMannual_English.pdf 6.04.2017.
 58. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain* 2001; 17(1): 52-64.
 59. Zermann DH, Ishigooka M, Doggweiler R, Schmidt RA. Neurourological insights into the etiology of genitourinary pain in men. *The Journal of Urology* 1999; 161(3): 903-908.
 60. Tripp DA, Nickel JC, Wang Y, Litwin MS, McNaughton-Collins M et al. Catastrophizing and pain-contingent rest predict patient adjustment in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *The Journal of Pain*. 2006; 697-708.
 61. Tu FF, Holt J, Gonzales J, Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008; 198(3): 272.e1-272.e7.
 62. Van Alstyne LS, Harrington KL, Haskvitz EM. Physical therapist management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Physical Therapy* 2010; 90(12): 1795-1806.
 63. Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *The Journal of Urology* 2001; 166(6): 2226-2231.
 64. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; 152(3): S2-15.

65. Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, Maaroos HI. Screening for depression in primary care. *Family Practice* 2006; 23(6): 693-698.
66. Ööpik P. Management of depression in family medicine. *Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis* 136. Tartu: Tartu University Press; 2007.
67. Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2007; 36(6): 339-356.

LISAD

Lisa 1. Valukaart



Lisa 2. Emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2

Nimi _____ Sugu _____ Vanus _____ / _____ Kuupäev _____ / _____ / _____

Lugege tähelepanelikult läbi alltoodud loetelu probleemidest ja vaevustest, mis võivad inimestel mõnikord esineda.

Tõmmake ring ümber sellele vastusevariandile, mis kõige paremini kirjeldab seda,

KUIVÕRD SEE PROBLEEM ON TEID HÄIRINUD VIIMASE KUU VÄLTEL.

		Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
1.	Kurvameelsus	0	1	2	3	4
2.	Huvi kadumine	0	1	2	3	4
3.	Alaväärsustunne	0	1	2	3	4
4.	Enesesüüdistused	0	1	2	3	4
5.	Korduvad surma- või enesetapumõtted	0	1	2	3	4
6.	Üksildustunne	0	1	2	3	4
7.	Lootusetus tuleviku suhtes	0	1	2	3	4
8.	Võimetus rõõmu tunda	0	1	2	3	4
9.	Kiire ärritumine või vihastamine	0	1	2	3	4
10.	Ärevuse või hirmutunne	0	1	2	3	4
11.	Pingetunne või võimetus lõdvestuda	0	1	2	3	4
12.	Liigne muretsimine paljude asjade pärast	0	1	2	3	4
13.	Rahutus või kärsitus, nii et ei suuda paigal püsida	0	1	2	3	4
14.	Kergesti ehmumine	0	1	2	3	4
15.	Äkilised paanikahood, mille ajal esineb südameklõppimine, õhupuudus, minestamistunne vms kehalised nähud	0	1	2	3	4
16.	Kartus viibida üksi kodust eemal	0	1	2	3	4
17.	Hirmutunne avalikes kohtades või tänavatel	0	1	2	3	4
18.	Kartus minestada rahva hulgas	0	1	2	3	4
19.	Kartus sõita bussi, trammi, rongi või autoga	0	1	2	3	4
20.	Hirm olla tähelepanu keskpunktis	0	1	2	3	4
21.	Hirm suhtlemisel võõraste inimestega	0	1	2	3	4
22.	Loidus- või väsimustunne	0	1	2	3	4
23.	Vähenenud tähelepanu ja keskendumisvõime	0	1	2	3	4
24.	Puhkamine ei taasta jõudu	0	1	2	3	4
25.	Kiire väsimine	0	1	2	3	4
26.	Uinumisraskused	0	1	2	3	4
27.	Rahutu või katkendlik uni	0	1	2	3	4
28.	Liigvarajane ärkamine	0	1	2	3	4

Lisa 3. Valu katastrofiseerimise väited inglisekeelsete vastetega

Valu katastrofiseerimise küsimused

Pain Catastrophizing Scale *adult version* (Sullivan, 2009) järgi

1. Ma muretsen kogu aeg, kas valu millalgi lõppeb.
(I worry all the time about whether the pain will end.)
2. Ma tunnen, et ma ei suuda jätkata.
(I feel I can't go on.)
3. See on kohutav ja ma tunnen, et mul olukord ei lähe kunagi paremaks.
(It's terrible and I think it's never going to get any better.)
4. See on kohutav ja ma tunnen, et see matab mind enda alla.
(It's awful and I feel that it overwhelms me.)
5. Ma tunnen, et ei suuda seda enam taluda.
(I feel I can't stand it anymore.)
6. Ma kardan, et valu läheb hullemaks.
(I become afraid that the pain will get worse.)
7. Ma mõtlen pidevalt teistele valusatele kogemustele.
(I keep thinking of other painful events.)
8. Ma tahan nii väga, et valu ära läheks.
(I anxiously want the pain to go away.)
9. Ma tunnen, et ma ei saa seda oma mõtetest välja.
(I can't seem to keep it out of my mind.)
10. Ma mõtlen pidevalt, kui valus mul on.
(I keep thinking about how much it hurts.)
11. Ma mõtlen pidevalt, kui väga ma tahan, et valu ära lõppeks.
(I keep thinking about how badly I want the pain to stop.)
12. Ma ei suuda midagi teha, et valu intensiivsust vähendada.
(There's nothing I can do to reduce the intensity of the pain.)
13. Ma mõtisklen selle üle, kas midagi tõsist võib juhtuda.
(I wonder whether something serious may happen.)

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Eeva-Liisa Sibul (sünnikuupäev: 16.02.1981)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose, “Kroonilise prostatiidi/kroonilise vaagna valu sündroomiga patsientide kaebuste ning diagnoosiga seostatud biopsühhosotsiaalsete tegurite hindamine“, mille juhendajateks on meestearst, androloogia dotsent M. Punab ja prof. biol. knd. V. Ööpik.

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus 8.05.2017